



# **Curso de Mestrado em Enfermagem**

## **Área de Especialização**

### **Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria**

#### **Avaliação Clínica em Enfermagem de Saúde Mental em crianças do pré-escolar e 1º ciclo após a vivência de um tornado**

**Maria de Lurdes Sousa de Figueiredo Simeão**

**2013**





# **Curso de Mestrado em Enfermagem**

## **Área de Especialização**

### **Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria**

#### **Avaliação Clínica em Enfermagem de Saúde Mental em crianças do pré-escolar e 1º ciclo após a vivência de um tornado**

**Maria de Lurdes Sousa de Figueiredo Simeão**

**António Jorge Soares Antunes Nabais**

**2013**





## **Agradecimentos**

Mais do que um trabalho individual, este relatório de estágio é o resultado da colaboração e contributos de várias pessoas num processo que foi tudo, menos solitário. Quero expressar os meus mais sinceros agradecimentos e gratidão a todas as pessoas que me acompanharam nesta longa viagem...

Ao Enfermeiro António Nabais pela forma como me orientou, pelo entusiasmo e motivação, pela partilha de saber e conhecimento, pelo apoio, incentivo e disponibilidade demonstradas em todas as fases que levaram à concretização deste relatório. Um muito obrigado por me continuar a desafiar...

À Cláudia e ao Ricardo por todos os momentos de partilha, reflexão, construção e crescimento....

À professora Alzira, diretora do Jardim Escola João de Deus pela partilha, disponibilidade e hospitalidade, bem como aos restantes professores, educadores de infância e funcionários.

Às crianças do Jardim Escola João de Deus por todos os sorrisos, momentos de brincadeira, partilha e pelas aprendizagens que me proporcionaram...

Ao Gabinete de Apoio Epidemiológico e Estatístico do Centro de Investigação do Centro Hospitalar de Lisboa Central, especificamente ao Dr. Daniel e à Dr.<sup>a</sup> Marta pela ajuda preciosa no tratamento e análise de dados, pela disponibilidade incansável...

À equipa multidisciplinar da Unidade de Internamento da Área de Psiquiatria da Infância e da Adolescência pelo contributo para o meu crescimento profissional...

Aos meus amigos pela compreensão da minha ausência em tantos momentos... À Luciana, à Margarida, à Vanessa e à Susana pelo apoio, incentivo, suporte e partilha durante todo este processo...

À minha família, especialmente, aos meus pais por tudo o que me proporcionaram até aqui, por serem a base estável que me permitiu crescer e desenvolver... Ao meu mano pelo suporte incondicional...



## RESUMO

Este relatório de estágio surge do desenvolvimento do projeto de estágio, no âmbito da especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, visando o desenvolvimento e consolidação de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental.

O Estágio realizado em Contexto Comunitário integra um estudo de investigação clínica que tem como objetivo geral avaliar o estado de saúde mental em crianças do pré-escolar e 1.º ciclo do Jardim Escola João de Deus, que viveram um tornado a 7/12/2010 (transição situacional). Foi realizado um estudo transversal com estudo caso-controlo aninhado, numa amostra de 103 crianças. Após aplicação do Questionário de Capacidades e Dificuldades (The Strengths and Difficulties Questionnaire - SDQ) foram identificadas 43 crianças com possíveis alterações do estado de saúde mental (Perturbação Emocional, Perturbação da Conduta, Perturbação de Hiperatividade e Perturbação Psiquiátrica – diagnósticos previstos pelo SDQ, e pontuações totais de dificuldades para o SDQ - Versão de Pais ou SDQ – Versão de Professores dentro dos valores “límitrofes” ou valores “anormais”).

Foram pesquisados fatores (género, ano escolar, profissão dos pais, eventos de vida significativos, sofrimento global, sobrecarga, interferência das dificuldades no dia a dia da criança, cronicidade das dificuldades, entre outros) associados à presença de alterações do estado de saúde mental nestas crianças. Constatou-se que as possíveis alterações no estado de saúde mental que a maioria das crianças apresenta são prévias ao tornado, particularmente as perturbações da conduta, não se apurando uma relação causa-efeito entre a vivência de um tornado por crianças do pré-escolar e do 1.º ciclo do Jardim Escola João de Deus e alteração do estado de saúde mental.

O Estágio Hospitalar teve como objetivo desenvolver e consolidar competências específicas do enfermeiro especialista na prestação de cuidados à criança, adolescente e sua família em situação de crise, os quais se encontram a viver uma transição de saúde-doença.

**Palavras-chave:** Crianças, Enfermagem de Saúde Mental, Transição, Tornado, SDQ.



## **ABSTRACT**

This report arises within the specialist training course in mental health nursing and psychiatry, for the development and consolidation of specific skills of the specialist in mental health nursing.

The internship held in Community Context integrates a clinical research study that aims to assess the general state of mental health in pre-school children and 1<sup>st</sup> cycle of kindergarten João de Deus, who survived a Tornado in 2010-12-07 (situational transition). It was performed a cross-sectional study with nested case-control study, on a sample of 103 children. Following the implementation of the Strengths and Difficulties Questionnaire – SDQ) there were identified 43 children with possible changes in mental health status (Emotional Disorder, Conduct Disorder, Hyperactivity Disorder and Psychiatric Disorder – diagnosis provided by the SDQ – Parents or SDQ Version – Teacher's Version within the range "borderline" or "abnormal" values).

There were surveyed several factors (such as: gender, school year, parents' profession, significant life events, global suffering, overload, quotidian difficulties' interference, chronic difficulties, among others) associated with the presence of mental health state changes. It was verified that the possible changes in the mental health state of the observed children were prior to the tornado, especially conduct disorders, not investigating a direct cause-effect relationship with that experience.

The internship at the hospital was intended to consolidate and develop specific skills of the specialist in providing care to children, adolescents and respective families, in crisis situations and experiencing health/illness transition.

**Keywords:** Children, Mental Health Nursing, Transition, Tornado, SDQ



## **LISTA DE ABREVIATURAS E /OU SIGLAS**

AACAP - American Academy of Child and Adolescent Psychiatry

CDE - Código Deontológico dos Enfermeiros

CHLC - Centro Hospitalar de Lisboa Central

HDE - Hospital Dona Estefânia

OMS – Organização Mundial da Saúde

ICD - International Classification of Diseases

OR - Odds Ratio

PHDA - Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SDQ - Questionário de Capacidades e Dificuldades (The Strengths and Difficulties Questionnaire)





## ÍNDICE

<b>0. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>19</b>
<b>1. IDENTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA DE PARTIDA .....</b>	<b>23</b>
<b>1.1. Justificação e Pertinência .....</b>	<b>23</b>
<b>2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL .....</b>	<b>27</b>
<b>2.1. A Teoria das Transições – Afaf Meleis .....</b>	<b>27</b>
<b>2.2. A Enfermagem de Saúde Mental .....</b>	<b>30</b>
<b>3. ÁREA CLÍNICA .....</b>	<b>35</b>
<b>3.1. Estágio em Contexto Comunitário .....</b>	<b>35</b>
<b>3.1.1. Objetivos e Finalidades .....</b>	<b>35</b>
<b>3.1.2. Metodologia .....</b>	<b>38</b>
3.1.2.1. Tipo de estudo .....	38
3.1.2.2. População e Amostra .....	39
3.1.2.3. Instrumentos de colheita de dados .....	40
3.1.2.4. Colheita de dados .....	44
3.1.2.5. Análise de dados .....	46
3.1.2.6. Definição de casos .....	47
3.1.2.7. Cumprimento de requisitos legais, éticos e administrativos .....	47
<b>3.1.3. Resultados .....</b>	<b>48</b>
3.1.3.1. Informação fornecida pelas entrevistas de grupo não estruturadas .....	48
3.1.3.2. Descrição sociodemográfica e do contexto familiar .....	49
3.1.3.2. Resultados do SDQ – Versão de Pais com Suplemento de Impacto .....	50
3.1.3.3. Resultados do SDQ – Versão de Professores com Suplemento de Impacto .....	52
3.1.3.4. Crianças identificadas pelo SDQ como tendo possíveis alterações do estado de saúde mental .....	54
3.1.3.5. Fatores associados à existência de alterações do estado de saúde mental identificadas pelo SDQ .....	55
3.1.3.6. Crianças cujos pais não deram consentimento para participação no estudo .....	65
<b>3.1.4. Discussão .....</b>	<b>66</b>
<b>3.2. Estágio Hospitalar .....</b>	<b>75</b>
<b>3.2.1. Objetivos e Finalidades .....</b>	<b>75</b>
<b>3.2.2. Prática clínica desenvolvida .....</b>	<b>75</b>

<b>4. QUESTÕES ÉTICAS .....</b>	<b>87</b>
<b>5. CONCLUSÃO .....</b>	<b>89</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>93</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>99</b>
Anexo 1 – SDQ - Versão de Pais com Suplemento de Impacto	
Anexo 2 – SDQ - Versão de Professores com Suplemento de Impacto	
Anexo 3 – Cotação do SDQ com Suplemento de Impacto – Versão de Pais/Professores	
Anexo 4 – Procedimento Multisectorial - Consentimento Informado e Esclarecido para Investigação do CHLC	
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>101</b>
Apêndice 1 – Descrição da amostra	
Apêndice 2 – Análise Univariável	
Apêndice 3 – Análise da adesão ao estudo e descrição das crianças para as quais não se obteve consentimento para participação	

## ÍNDICE DE QUADROS

	<b>Pág.</b>
<b>Quadro I</b> – Distribuição da amostra por turmas do pré-escolar e do 1º ciclo	Apêndice 1
<b>Quadro II</b> – Distribuição da amostra por idade, nos diferentes momentos do estudo	Apêndice 1
<b>Quadro III</b> – Distribuição das profissões do pai	Apêndice 1
<b>Quadro IV</b> – Distribuição das profissões da mãe	Apêndice 1
<b>Quadro V</b> – Distribuição da amostra pelos escalões de rendimento do agregado familiar	Apêndice 1
<b>Quadro VI</b> – Distribuição da amostra por ocorrência de eventos de vida significativos	Apêndice 1
<b>Quadro VII</b> – Existência de irmãos na escola no momento do tornado	Apêndice 1
<b>Quadro VIII</b> – Resultados das cinco escalas e pontuação total de dificuldades do SDQ – Versão de Pais com Suplemento de Impacto	Apêndice 1
<b>Quadro IX</b> – Respostas à questão “Em geral, parece-lhe que o seu filho/a tem dificuldades em alguma das seguintes áreas: emoções, concentração, comportamento ou em dar-se com outras pessoas?”. SDQ – Versão de Pais com Suplemento de Impacto	Apêndice 1
<b>Quadro X</b> – Cronicidade das dificuldades avaliadas pelo SDQ – Versão de Pais com Suplemento de Impacto	Apêndice 1
<b>Quadro XI</b> – Perceção dos pais do sofrimento global do filho. SDQ – Versão de Pais com Suplemento de Impacto	Apêndice 1
<b>Quadro XII</b> – Respostas à questão “Essas dificuldades perturbam o dia a dia do seu filho/a em casa?”. SDQ – Versão de Pais com Suplemento de Impacto	Apêndice 1
<b>Quadro XIII</b> – Respostas à questão “Essas dificuldades perturbam o dia a dia do seu filho/a com os amigos?”. SDQ – Versão de Pais com Suplemento de Impacto	Apêndice 1

<b>Quadro XIV</b> – Respostas à questão “Essas dificuldades perturbam o dia a dia do seu filho/a na aprendizagem na escola?”. SDQ – Versão de Pais com Suplemento de Impacto	Apêndice 1
<b>Quadro XV</b> – Respostas à questão “Essas dificuldades perturbam o dia a dia do seu filho/a nas brincadeiras/tempos livres?”. SDQ – Versão de Pais com Suplemento de Impacto	Apêndice 1
<b>Quadro XVI</b> – Avaliação pelos pais da sobrecarga para pais/família das dificuldades avaliadas pelo SDQ – Versão de Pais com Suplemento de Impacto	Apêndice 1
<b>Quadro XVII</b> – Resultados da pontuação de impacto. SDQ – Versão de Pais com Suplemento de Impacto	Apêndice 1
<b>Quadro XVIII</b> – Resultados das cinco escalas e pontuação total de dificuldades do SDQ – Versão de Professores com Suplemento de Impacto	Apêndice 1
<b>Quadro XIX</b> – Respostas à questão “Em geral, parece-lhe que este aluno/a tem dificuldades em alguma das seguintes áreas: emoções, concentração, comportamento ou em dar-se com outras pessoas?”. SDQ – Versão de Professores com Suplemento de Impacto	Apêndice 1
<b>Quadro XX</b> – Cronicidade das dificuldades avaliadas pelo SDQ – Versão de Professores com Suplemento de Impacto	Apêndice 1
<b>Quadro XXI</b> – Percepção dos professores do sofrimento global do aluno. SDQ – Versão de Professores com Suplemento de Impacto	Apêndice 1
<b>Quadro XXII</b> – Respostas à questão “Essas dificuldades perturbam o dia a dia do aluno/a nas relações com os colegas?”. SDQ – Versão de Professores com Suplemento de Impacto	Apêndice 1
<b>Quadro XXIII</b> – Respostas à questão “Essas dificuldades perturbam o dia a dia do aluno/a na aprendizagem na escola?”. SDQ – Versão de Professores com Suplemento de Impacto	Apêndice 1

<b>Quadro XXIV</b> – Avaliação pelos professores da sobrecarga para professores/classe/turma das dificuldades avaliadas pelo SDQ – Versão de Professores com Suplemento de Impacto	Apêndice 1
<b>Quadro XXV</b> – Resultados da pontuação de impacto. SDQ – Versão de Professores com Suplemento de Impacto	Apêndice 1
<b>Quadro XXVI</b> – Diagnóstico de Perturbação Emocional, previsto pelo algoritmo do SDQ. As categorias “possível” e “provável” são consideradas como casos	Apêndice 1
<b>Quadro XXVII</b> – Diagnóstico de Perturbação da Conduta, previsto pelo algoritmo do SDQ. As categorias “possível” e “provável” são consideradas como casos	Apêndice 1
<b>Quadro XXVIII</b> – Diagnóstico de Perturbação de Hiperatividade, previsto pelo algoritmo do SDQ. As categorias “possível” e “provável” são consideradas como casos	Apêndice 1
<b>Quadro XXIX</b> – Diagnóstico de Perturbação Psiquiátrica, previsto pelo algoritmo do SDQ. As categorias “possível” e “provável” são consideradas como casos	Apêndice 1
<b>Quadro XXX</b> – Distribuição dos resultados do SDQ, por género	55
<b>Quadro XXXI</b> – Distribuição dos resultados do SDQ, por turmas do pré-escolar e do 1º ciclo	56
<b>Quadro XXXII</b> – Distribuição dos resultados do SDQ, por profissão do pai	Apêndice 2
<b>Quadro XXXIII</b> – Distribuição dos resultados do SDQ, por profissão da mãe	Apêndice 2
<b>Quadro XXXIV</b> – Distribuição dos resultados do SDQ, por tipo de família	Apêndice 2
<b>Quadro XXXV</b> – Distribuição dos resultados do SDQ, por ocorrência de eventos de vida significativos	Apêndice 2
<b>Quadro XXXVI</b> – Distribuição dos resultados do SDQ, por existência de irmãos no interior da escola no momento do tornado	Apêndice 2

<b>Quadro XXXVII</b> – Distribuição dos resultados do SDQ, por escalões de rendimento do agregado familiar	Apêndice 2
<b>Quadro XXXVIII</b> – Distribuição dos resultados do SDQ, pela cronicidade das dificuldades (conforme avaliado pelos pais)	57
<b>Quadro XXXIX</b> – Distribuição dos resultados do SDQ, pelo grau de sofrimento global (conforme avaliado pelos pais)	58
<b>Quadro XL</b> – Distribuição dos resultados do SDQ, pela interferência das dificuldades no dia a dia da criança, em casa (conforme avaliado pelos pais)	59
<b>Quadro XLI</b> – Distribuição dos resultados do SDQ, pela interferência das dificuldades no dia a dia da criança, na relação com os amigos (conforme avaliado pelos pais)	59
<b>Quadro XLII</b> – Distribuição dos resultados do SDQ, pela interferência das dificuldades no dia a dia da criança, na aprendizagem na escola (conforme avaliado pelos pais)	60
<b>Quadro XLIII</b> – Distribuição dos resultados do SDQ, pela interferência das dificuldades no dia a dia da criança, nas brincadeiras/tempos livres (conforme avaliado pelos pais)	60
<b>Quadro XLIV</b> – Distribuição dos resultados do SDQ, pela sobrecarga para pais/família das dificuldades (conforme avaliado pelos pais)	61
<b>Quadro XLV</b> – Distribuição dos resultados do SDQ, pelo impacto de dificuldades (conforme avaliado pelos pais)	62
<b>Quadro XLVI</b> – Distribuição dos resultados do SDQ, pela cronicidade das dificuldades (conforme avaliado pelos professores)	62
<b>Quadro XLVII</b> – Distribuição dos resultados do SDQ, pelo grau de sofrimento global, (conforme avaliado pelos professores)	Apêndice 2
<b>Quadro XLVIII</b> – Distribuição dos resultados do SDQ, pela interferência das dificuldades no dia a dia da criança, na relação com os colegas (conforme avaliado pelos professores)	Apêndice 2

<b>Quadro XLIX</b> – Distribuição dos resultados do SDQ, pela interferência das dificuldades no dia a dia da criança, na aprendizagem na escola (conforme avaliado pelos professores)	Apêndice 2
<b>Quadro L</b> – Distribuição dos resultados do SDQ, pela sobrecarga para professores/classe/turma das dificuldades (conforme avaliado pelos professores)	63
<b>Quadro LI</b> – Distribuição dos resultados do SDQ, pelo impacto de dificuldades (conforme avaliado pelos professores)	64
<b>Quadro LII</b> – Adesão ao estudo, por gênero	Apêndice 3
<b>Quadro LIII</b> – Distribuição das crianças para as quais não se obteve consentimento para participação, por idade	Apêndice 3
<b>Quadro LIV</b> – Distribuição das crianças para as quais não se obteve consentimento para participação, por turmas do pré-escolar e do 1º ciclo	Apêndice 3
<b>Quadro LV</b> – Adesão ao estudo, por turmas do pré-escolar e do 1º ciclo	Apêndice 3
<b>Quadro LVI</b> – Distribuição das crianças para as quais não se obteve consentimento para participação, por profissão do pai	Apêndice 3
<b>Quadro LVII</b> – Distribuição das crianças para as quais não se obteve consentimento para participação, por profissão da mãe	Apêndice 3





## 0. INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio surge do desenvolvimento do projeto de estágio, no âmbito do 2.º Curso de Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Este tem como finalidade a discussão pública para a obtenção de grau de Mestre em Enfermagem.

O estágio teve como finalidade proporcionar uma experiência formativa que permitisse o desenvolvimento de competências clínicas, de formação e investigação em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, preconizando-se o acesso à metodologia de projeto como estratégia para o desenvolvimento das referidas competências profissionais, articulando-se áreas de interesse pessoal com as necessidades a nível comunitário e organizacional.

O meu interesse pela área de Enfermagem de Saúde Mental surgiu durante o curso de licenciatura, tendo realizado o estágio de introdução à vida profissional numa Unidade de Internamento de Psiquiatria de Adultos, bem como a Monografia de Licenciatura nesta área.

Iniciei o meu percurso profissional enquanto enfermeira na Unidade de Internamento da Área de Psiquiatria da Infância e da Adolescência<sup>1</sup>, Hospital Dona Estefânia (HDE), Centro Hospitalar Lisboa Central (CHLC) onde exerço funções há cerca de 6 anos. Trabalhar com crianças, adolescentes e suas famílias é na minha perspetiva muito aliciante. Considero que uma intervenção precoce, com sentido terapêutico permite diminuir o risco de continuidade da patologia, permite prevenir a incapacidade ou desadaptação e diminuir o sofrimento. São vários os estudos realizados em países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento sobre a prevalência de perturbações mentais na infância e adolescência e, embora os valores variem, consideravelmente,

---

<sup>1</sup> É composta por 5 equipas de ambulatório: três Equipas Sectoriais (Clínica do Parque – com Hospital de Dia da Infância, Clínica da Encarnação, Equipa da Lapa) e duas Equipas Especializadas, em termos de idades (Unidade da Primeira Infância com atendimento dos 0 aos 5 anos e Clínica da Juventude com atendimento de adolescentes dos 13 aos 18 anos e integrando um Hospital de Dia da Adolescência). Fazem ainda parte a Unidade de Internamento, que tem integrada a consulta de ligação (destinada ao apoio pedopsiquiátrico aos serviços de internamento do Hospital Dona Estefânia, à consulta externa dos serviços pediátricos e à Maternidade). A Área de Pedopsiquiatria assegura ainda um serviço de urgência interna e externa, 24h por dia. Tem por missão a “prestação de cuidados diferenciados de Saúde Mental em regime de ambulatório e de internamento à população infantil e juvenil (até aos 18 anos, exclusive) da sua área de influência, em articulação com as demais unidades prestadoras de cuidados de saúde integradas no Serviço Nacional de Saúde (...). A sua missão integra ainda (...) a consolidação da investigação clínica.” (ALMEIDA, FERREIRA e NABAIS, 2010, p.1 e 2).

estima-se que 10 a 20% das crianças e adolescentes tenham um ou mais problemas de saúde mental (OMS, 2001), resultados que reforçam a necessidade de uma intervenção precoce e a implementação de intervenções terapêuticas especializadas face ao sofrimento mental das crianças e adolescentes.

Desta forma, o meu projeto de estágio foi delineado centrando-se na saúde mental das crianças e adolescentes, com a finalidade de desenvolver e consolidar competências específicas do enfermeiro especialista que me permitissem prestar cuidados cada vez mais diferenciados a estes clientes, constituindo o perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental definido no Regulamento da Ordem dos Enfermeiros (n.º 129/2011) um “guia orientador” neste percurso.

A Matriz para análise dos planos de estudo dos Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem<sup>2</sup>, Ordem dos Enfermeiros, especifica que no que se refere ao Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria os estágios específicos deverão ocorrer nos contextos de serviços da comunidade (saúde mental) e serviços de internamento.

O Estágio realizado em Contexto Comunitário integra um estudo de investigação clínica que tem como objetivo geral avaliar o estado de saúde mental em crianças do pré-escolar e 1.º ciclo do Jardim Escola João de Deus, que viveram um tornado a 7/12/2010. A vivência deste acontecimento traumático por estas crianças é entendida por Meleis como uma transição situacional, a qual poderá provocar respostas humanas desadaptadas que requerem cuidados de enfermagem. Através de uma avaliação clínica rigorosa é possível estabelecer um diagnóstico de situações psicopatológicas e de risco, o que permite que posteriormente sejam implementadas intervenções terapêuticas eficazes.

Foi realizado um estudo transversal com estudo caso-controlo aninhado, permitindo o estudo transversal identificar as crianças com possível alteração do estado de saúde mental, através da aplicação do Questionário de Capacidades e Dificuldades (The Strengths and Difficulties Questionnaire - SDQ) [www.sdqinfo.com](http://www.sdqinfo.com) acedido em: Junho de 2011, e o estudo de caso-controlo aninhado pesquisar vários fatores e como estes se associam com ter ou não alteração do estado de saúde mental, possibilitando identificar

---

<sup>2</sup> <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Paginas/Matrizparaanalise.aspx>

se existe relação entre o risco de alterações do estado de saúde mental e a vivência de um tornado nestas mesmas crianças.

O Estágio Hospitalar teve como objetivo desenvolver e consolidar competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental na prestação de cuidados à criança, adolescente e sua família em situação de crise, os quais se encontram a viver uma transição de saúde-doença.

Este relatório encontra-se organizado em cinco capítulos. No primeiro capítulo é identificada a problemática de partida, realizando a justificação da mesma e a sua pertinência. O segundo capítulo integra o enquadramento conceptual – Teoria das Transições de Afaf Meleis e a Enfermagem de Saúde Mental correlacionando os conceitos mencionados com a problemática de partida. O terceiro capítulo encontra-se dividido em dois sub-capítulos: Estágio em Contexto Comunitário e o Estágio Hospitalar. No sub-capítulo Estágio em Contexto Comunitário são especificados os objetivos e finalidades do estudo de investigação, formulada a questão de investigação, especificada a metodologia, apresentados os resultados e realizada a discussão dos mesmos. No sub-capítulo Estágio Hospitalar é realizada uma reflexão sobre a prática clínica desenvolvida. Este relatório termina com as questões éticas e conclusão.



# 1. IDENTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA DE PARTIDA

## 1.1. Justificação e Pertinência

No dia 7 de Dezembro de 2010 ocorreu um tornado nível 3 da escala de Fujita melhorada, com rajadas de vento entre os 218 e os 266 quilómetros por hora, que atingiu os concelhos de Tomar, Ferreira do Zêzere e Sertão, provocando a destruição total do 2º Jardim-Escola João de Deus<sup>3</sup> em Tomar. Encontravam-se no interior da escola professores, educadores, auxiliares e 136 crianças.

Na sequência desta catástrofe natural foi solicitado, em Maio de 2011, pela proteção civil de Tomar ao CHLC – HDE um “Pedido de Intervenção pós – catástrofe” às crianças do pré-escolar e do 1.º ciclo do Jardim Escola João de Deus que viveram o acontecimento traumático, uma vez que as famílias e corpo docente do referido Jardim Escola identificaram nas crianças alterações do comportamento e estados de ansiedade que interpretaram ser consequência do mesmo.

A OMS define acontecimento traumático como todo o evento de natureza ameaçadora ou catastrófica que se constituiu como uma ameaça para a vida ou segurança de uma pessoa (VAZ SERRA, 2007). As catástrofes naturais nas quais se inserem os tornados constituem um acontecimento traumático.

Perry (1998) e Pfefferbaum (1997) definem trauma na infância

“as a form of extreme stressor that includes events such as natural disasters, motor vehicle accidents, life-threatening illnesses with their associated painful medical procedures, physical abuse, sexual abuse, domestic or community violence, kidnapping, or death of a parent. These events pose an actual or perceived threat to the child and activate an extreme stress response” (MULVIHILL, 2007, p. 15).

Segundo a American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) “a catastrophe such as an earthquake, hurricane, tornado, fire, flood, or violent acts is frightening to children (...) if the child's school or home has been severely damaged, there is a greater chance that the child will experience difficulties” (AACAP, 2008, p. 1).

---

<sup>3</sup> O 2.º Jardim Escola João de Deus integra o Ensino Pré-Escolar (bibe amarelo; bibe vermelho e bibe azul) e o 1º Ciclo do Ensino Básico.

Após a vivência de uma catástrofe natural a maioria das crianças apresentam sintomas típicos que incluem o medo, a depressão, culpa, dificuldades de aprendizagem na escola e diminuição do interesse por outras atividades, comportamento regredido, perturbações do sono, perda de apetite, pesadelos, agressividade, dificuldades de concentração e ansiedade de separação. Contudo, os sintomas variam de acordo com o estágio de desenvolvimento da criança, as experiências pessoais, a saúde física ou emocional, e as respostas dos pais ao acontecimento traumático. Para crianças com idade inferior a 5 anos os sintomas típicos incluem a ansiedade de separação, comportamento regredido e medo do escuro. Para crianças com idade entre os 6 a 11 anos os sintomas típicos incluem o aumento da agressividade, hiperatividade, dificuldades de concentração, medos irracionais, irritabilidade, perturbações do sono, recusa escolar e somatizações (ZOTTI et al, 2006; BAGGERLY e EXUM, 2008).

Segundo Stuart e Laraia (2001) após um acontecimento traumático, muitos fatores são importantes no desenvolvimento da intensidade dos sintomas, incluindo a natureza do trauma, o grau em que a integridade corporal é ameaçada, a ameaça representada pelo acontecimento para o sistema de *self*, a segurança da criança e a natureza do apoio da família.

Embora muitas crianças consigam recuperar dos sintomas mencionados anteriormente através do suporte dado pela família e escola, em algumas os sintomas persistem de forma grave e durante um longo período de tempo, perturbando e interferindo com o seu funcionamento diário (BAGGERLY e EXUM, 2008).

Mencionando o Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança, as catástrofes naturais cobram um pesado tributo à saúde mental das pessoas afetadas. Entre um terço e metade de todas as pessoas afetadas sofrem de ansiedade. Estudos com vítimas de catástrofes naturais indicam uma taxa elevada de perturbações mentais (OMS, 2001).

Os estudos epidemiológicos mais recentes demonstram que as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental se tornaram a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade, nas sociedades atuais (COORDENAÇÃO NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL, 2008).

Os primeiros anos de vida são determinantes para a saúde mental, pelo que promover a saúde mental junto das crianças é investir no futuro. De acordo com a AACAP e a OMS-Região Europeia, citadas pelo Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 – Resumo Executivo, uma em cada cinco crianças apresenta evidência de problemas de saúde mental e esta proporção tende a aumentar. Destas, cerca de metade têm uma perturbação psiquiátrica. Assim, para além dos que apresentam uma perturbação diagnosticável, muitos têm problemas de saúde mental que podem ser considerados subliminares, não preenchendo os critérios de diagnóstico para perturbação psiquiátrica, mas que estão também em sofrimento e beneficiariam de intervenções (COORDENAÇÃO NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL, 2008).

Diversos estudos mostram ainda que a maioria das crianças com perturbações psiquiátricas não recebe tratamento especializado. As perturbações psiquiátricas da infância e da adolescência trazem grandes encargos à sociedade quer em termos humanos, quer financeiros. Muitas delas são recorrentes e crónicas e podem ser precursoras de perturbações muito incapacitantes na idade adulta (WHO, 2001 e WHO, 2005, citados por COMISSÃO NACIONAL PARA A REESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL, 2007).

Assim, é fundamental reconhecer a saúde mental da criança como uma prioridade a nível nacional, no contexto da promoção da saúde global da população. O diagnóstico precoce de situações psicopatológicas e de risco e a implementação atempada de estratégias terapêuticas deve transformar-se num objetivo fundamental do Plano Nacional de Saúde Mental (COMISSÃO NACIONAL PARA A REESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL, 2007).

Também as estratégias de promoção de saúde mental que são definidas pela OMS (2010) para promover a saúde mental enfatizam que as crianças deverão ser o principal alvo de intervenção, assim como defendem a necessidade de existirem programas direcionados para as pessoas que viveram catástrofes naturais.

Desta forma, evidencia-se a necessidade de realização de uma avaliação em saúde mental às crianças do pré-escolar e do 1.º ciclo do Jardim Escola João de Deus que viveram o tornado, identificando assim a existência de alterações em saúde mental. Uma

avaliação clínica rigorosa permite um diagnóstico precoce de situações psicopatológicas e de risco e, conseqüentemente, a implementação de intervenções terapêuticas eficazes.



## 2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

### 2.1. A Teoria das Transições – Afaf Meleis

Para Collière (2003) desde o nascimento até à morte, toda a vida é marcada por uma sucessão de passagens, as quais para serem ultrapassadas exigem ser envolvidas por cuidados. Por passagem entende-se um acontecimento determinante na nossa vida, que faz com que esta deixe de ser exatamente como era. Estas passagens não devem ser reduzidas a normas de saúde/doença. A maternidade, a adolescência, a velhice, são exemplos de etapas de vida, que não sendo doenças necessitam de cuidados para permitir à vida continuar.

Todas as passagens implicam uma perda, uma rutura com o estado anterior, um luto relativo ao que acontecia antes, ocorrendo então uma crise, entendida enquanto um momento de turbulência e instabilidade que pode ultrapassar-se bem ou mal, isto é, constituir um momento de desenvolvimento ou inversamente de declínio e fragmentação.

Meleis (2005) também se refere a este conceito de passagem, que designa de *transição*. Parece-me importante mobilizar o conceito de transição proposto por Meleis, por considerar o mesmo um conceito central na Enfermagem.

Ao longo da nossa vida são várias as transições com que nos deparamos, ou seja, mudanças no estado de saúde, no desempenho de papéis, nas expectativas, nas capacidades, pelas quais passamos, e que se manifestam por alterações ao nível dos sistemas que compõem o homem e pelo aparecimento de novas necessidades. Desta forma, uma transição pode requerer que a pessoa assimile novos conhecimentos, que altere comportamentos ou até que mude a definição do self num contexto social. Durante um período de transição a pessoa vive frequentemente perdas ao nível das redes de apoio, com impacto nas suas necessidades de segurança, afeto e pertença, desencadeando sentimentos de desequilíbrio e incerteza sobre o futuro (MELEIS, 2005).

Para Meleis existem três tipos principais de transições, as quais podem ocorrer em simultâneo: as transições de desenvolvimento (associadas às teorias de desenvolvimento, ou ao ciclo vital, integradas no crescimento da pessoa e às alterações/redefinição de papéis implícitas), as situacionais (relacionadas com alterações/redefinição de papéis), ou

as de saúde/doença (relacionadas com mudanças repentinas nos papéis associadas a processos patológicos) (MELEIS, 2005, 2010).

A transição não é apenas uma mudança mas sim o processo que é necessário percorrer para integrar essa mudança, afigurando-se como um movimento de adaptação à mudança que procura a interiorização de um novo estágio.

Segundo Meleis (2005, p. 109) a Enfermagem

“does not deal with transition of an individual, a family, or a community in isolation from an environment. How human beings cope with transition and how the environment affects that coping are fundamental questions for nursing. Nursing seeks to maximize clients' strengths, assets, and potentials or to contribute to restoration of the client to optimal levels of health, function, comfort, and self-fulfillment”.

Na sua teoria - **Teoria das Transições**, Meleis (2005) identifica como conceitos estruturantes para a disciplina de Enfermagem, para além do conceito de transição, os seguintes conceitos: Cliente, Interação, Ambiente, Processo de Enfermagem, Intervenções Terapêuticas e Saúde. Segundo Meleis (2005, p. 106)

“it is proposed that the nurse interacts (interaction) with a human being in a health/illness situation (nursing client) who is in an integral part of his sociocultural context (environment) and who is in some sort of transition or is anticipating a transition (transition); the nurse-patient interactions are organized around some purpose (nursing process, problem solving, holistic assessment, or caring actions), and the nurse uses some actions (nursing therapeutics) to enhance, bring about, or facilitate health (health)”.

Para Meleis (2005, p. 107) *cliente* é definido como

“a human being with needs who is in constant interaction with the environment and has an ability to adapt to that environment but, due to illness, risk, or vulnerability to potential illness, is experiencing disequilibrium or is at risk of experiencing disequilibrium. Disequilibrium is manifested in unmet needs, inability to take care of oneself, and non adaptive responses”.

A *interação* segundo Meleis (2005) é um dos conceitos principais na enfermagem, uma vez que, o cliente se encontra em constante interação com o meio, o que justifica que o enfermeiro não se centra apenas na pessoa, mas também na monitorização, regulação, manutenção e mudança do ambiente. Ainda segundo Meleis (2005) é através da interação que o enfermeiro avalia as necessidades e recursos do cliente, e desenvolve as intervenções terapêuticas.

Meleis (2005) refere que para a Enfermagem o *ambiente* inclui os sistemas sociais, a família, a cultura, os contextos mais próximos e até os próprios profissionais de saúde. Refere ainda que tendo em conta as múltiplas interações que a pessoa experiencia durante as transições, o meio deverá ser facilitador para a recuperação do auto-cuidado e definição de si.

Relativamente ao *processo de enfermagem*, Meleis (2005) menciona que as proposições sobre o processo de enfermagem, acerca das abordagens que são mais eficazes no processo de avaliação, diagnóstico, planeamento, intervenção e prestação de cuidados, e sobre os objetivos do mesmo derivam do trabalho de vários teóricos. Para Meleis (2005) o processo de enfermagem é considerado “(...) a framework for nursing practice and nursing education (...) a central concept in the domain of nursing” (p. 113).

As *intervenções terapêuticas* são definidas como todas as atividades de enfermagem e ações deliberadamente concebidos para cuidar dos clientes, constituindo o suporte de todo o processo de enfermagem (MELEIS, 2005). Os objetivos das intervenções terapêuticas “from a transition perspective are to facilitate healthy transition processes, to decrease unhealthy transitions, and to support positive process indicators” (MELEIS, 2010, p. 135).

Meleis (2005, p. 116) define *saúde* “as more than the absence of disease (...) as a internal homeostasis, (...) as adaptation, health as performing roles and functions (...), is viewed in terms of awareness, personal control, personal empowerment, and mastery over body”.

Em suma, as transições são assinaladas por mudanças e alterações, por períodos marcados pela fragilidade, instabilidade e vulnerabilidade, constituindo-se como períodos de *stress* globais, que desafiam as capacidades e competências da pessoa. As transições

nem sempre são acompanhadas de processos de adaptação, pelo que o papel dos enfermeiros é essencial. Desta forma, a enfermagem deve ter como principal foco facilitar os processos de transição, de forma que, o cliente alcance um estado de bem-estar. Os enfermeiros cuidam das pessoas a viverem processos de transição, antecipam transições ou complementam o ato de transição. O desafio para os enfermeiros é entender o processo de transição nas particularidades que cada cliente apresenta, e implementar intervenções que prestem ajuda efetiva aos mesmos, com vista a proporcionar estabilidade e a alcançar respostas mais adaptadas e saudáveis (MELEIS, 2005, 2010).

## **2.2. A Enfermagem de Saúde Mental**

A Saúde Mental envolve-nos a todos e quando atingida afeta o Ser em todas as suas dimensões e de certo modo é a própria existência, o sentido existencial para a vida que é afetado. Sem Saúde Mental não há saúde, definida pela OMS (2001, p. 2) como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social”.

Segundo a OMS (2010) a Saúde Mental é

“(...) a state of well-being in which an individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and is able to make a contribution to his or her community. In this positive sense, mental health is the foundation for individual well-being and the effective functioning of a community”.

Citando ainda o Livro Verde - Melhorar a saúde mental da população: Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia, Comissão das Comunidades Europeias (2005, p. 4) “é a saúde mental que abre aos cidadãos as portas da realização intelectual e emocional, bem como da integração na escola, no trabalho e na sociedade. É ela que contribui para a prosperidade, solidariedade e justiça social das nossas sociedades”.

Por sua vez, a Enfermagem

“é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a

saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (REGULAMENTO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS, Decreto-Lei n.º 161/96, Artigo 4º, p. 2960).

O Enquadramento Conceptual enunciado nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem menciona que “os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2001, p. 8).

Segundo Nabais (2008, p. 39)

“quando a pessoa em diferentes momentos do ciclo de vida se encontra a viver processos de transição, geradores de respostas humanas desajustadas ou desadaptadas, responsáveis por processos de sofrimento mental (...), emerge a necessidade de prestar cuidados de enfermagem especializados. (...) diminuindo significativamente o grau de incapacidade”.

Também o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental<sup>4</sup> refere que o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental

“compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projecto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afectada pelos fatores contextuais. Assim, a enfermagem de saúde mental foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante as respostas humanas desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010, p.1).

---

<sup>4</sup> O mesmo documento define o perfil das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental:

F1. Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto-conhecimento, conhecimento pessoal e profissional;  
F2. Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental;  
F3. Ajuda a pessoa ao longo de ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade, a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto;  
F4. Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde. (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010, p. 3)

O exercício profissional de enfermagem centra-se numa relação interpessoal que reconhece os valores, crenças e desejos das pessoas nela envolvidas (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2001). É nos encontros entre o enfermeiro e a pessoa, e na relação interpessoal que ambos criam, que se desenvolve a relação de terapêutica. “A relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades (...) envolvendo as pessoas significativas do cliente individual (...)” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2001, p. 8).

Desta forma, a relação terapêutica que se desenvolve entre o enfermeiro e o cliente ocupa um lugar central na prática de cuidados de enfermagem de saúde mental pois transporta em si, o conjunto das intencionalidades que o processo de cuidados implica. No âmbito de uma prática profissional de enfermagem especializada, trata-se de desenvolver uma relação terapêutica, suportada por conhecimentos científicos, técnicos e éticos e promotora da saúde mental do cliente.

Remetendo-me à problemática de partida e face ao exposto anteriormente, a vivência de um tornado pelas crianças do pré-escolar e do 1.º ciclo do Jardim Escola João de Deus pode ser entendida como uma transição situacional, na medida em que provoca respostas humanas desadaptadas ou desajustadas nas crianças, responsáveis por possíveis processos de sofrimento mental, e que condicionam o desempenho do papel.

As crianças do pré-escolar e do 1.º ciclo do Jardim Escola João de Deus encontram-se a viver em simultâneo uma transição de desenvolvimento, tendo em conta o seu estágio de desenvolvimento, a necessidade de ajustamento a este e as alterações/redefinição de papéis implícitas ao crescimento.

Meleis (2010, p. 17) refere que

“in the course of a lifetime an individual passes through many transitional phases that entail extensive mobilization of personal resources to cope with the stresses any change initiates. Changes in roles, loss of some roles, and acquisition of new ones are of particular significance to nurses, because, as noted, health and illness (acute and chronic), situational transformations, and developmental stages directly initiate a number of important role changes”.

Assim, surge a necessidade de prestação de cuidados em enfermagem de saúde mental às crianças afetadas pelo tornado, inicialmente, através da realização de uma avaliação do estado de saúde mental das mesmas de forma a identificar possíveis alterações em saúde mental, situações precoces de sofrimento mental provocadas pelas respostas desadaptadas destas crianças aos processos de transição que se encontram a viver.





### **3. ÁREA CLÍNICA**

#### **3.1. Estágio em Contexto Comunitário**

##### **3.1.1. Objetivos e Finalidades**

O estágio em contexto comunitário decorreu na Consulta Externa/Ligação da Área de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do HDE, CHLC, entre 3 de Outubro e 16 de Dezembro de 2011.

O referido estágio em contexto comunitário integra a realização de um estudo de investigação clínica.

A realização deste estudo de investigação dá resposta às recomendações inscritas no Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016) que entre outras considerações sobre a saúde mental em Portugal faz menção à escassa produção científica no setor da psiquiatria e saúde mental, referindo que a prática de investigação nesta área de cuidados deve ser fomentada. Também Vidigal et al (2005, p. 18) enfatiza a importância da realização de investigação clínica mencionando que “qualquer equipa que trabalhe nesta área, tem que empreender programas de investigação clínica, realizar *follow-ups*, medidas que são essenciais para afinar critérios de diagnóstico e para a validação das intervenções terapêuticas aplicadas”.

O Conselho Internacional de Enfermeiros considera que a investigação em Enfermagem é

“directed toward understanding the fundamental mechanisms that affect the ability of individuals, families and communities to maintain or enhance optimum function and minimise the negative effects of illness. Nursing research should also be directed toward the outcomes of nursing interventions, so as to assure the quality and cost effectiveness of nursing care” (INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, 2007, p.2).

A Ordem dos Enfermeiros (2006) afirma que a investigação em enfermagem constitui um processo sistemático, científico e rigoroso que procura desenvolver, avaliar e expandir o conhecimento em Enfermagem. Menciona ainda que o conhecimento obtido pela investigação em Enfermagem é utilizado para desenvolver uma prática baseada na evidência e assim melhorar a qualidade dos cuidados.

Basto (2009) enfatiza que a investigação é indispensável para compreender e explicar fenômenos e sempre que possível relacioná-los com outros fenômenos, consolidando um enquadramento teórico que caracteriza a disciplina de Enfermagem. “Da investigação sobre o cuidar de enfermagem esperam-se contributos para: melhor conhecer a vivência de situações de saúde das pessoas e grupos; a apreciação e diagnósticos de enfermagem; as intervenções de enfermagem e os seus resultados (...)” (BASTO, 2009, p.17).

Também o presente estudo de investigação procura dar resposta aos pressupostos mencionados no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, que refere que o avanço no conhecimento requer que o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental incorpore as novas descobertas da investigação na sua prática através da participação em projetos de investigação que visem aumentar o conhecimento e desenvolvimento de competências da sua especialidade (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010).

O estudo de investigação clínica proposto tem como objetivo geral:

- ✓ Avaliar o estado de saúde mental em crianças do pré-escolar e 1.º ciclo do Jardim Escola João de Deus, afetadas por um tornado a 7/12/2010;

Objetivos Específicos:

- ✓ Identificar a presença de alterações do estado de saúde mental em crianças do pré-escolar e 1.º ciclo do Jardim Escola João de Deus, afetadas por um tornado a 7/12/2010;
- ✓ Pesquisar fatores associados à presença de alterações do estado de saúde mental nestas mesmas crianças;
- ✓ Identificar a relação entre o risco de alterações do estado de saúde mental e a vivência de um tornado nestas mesmas crianças;

Este estudo de investigação é ainda pertinente por se encontrar inscrito nas competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental, na medida em

que os objetivos definidos anteriormente estão em consonância com as referidas competências nomeadamente no que se reporta às competências F2 e F3<sup>5</sup>.

Desta forma, ao longo deste estágio procurei desenvolver competências no que se refere à apreciação clínica em enfermagem de saúde mental. A avaliação em cuidados de enfermagem de saúde mental constituiu-se como fase essencial do processo de enfermagem. De acordo com Baker (2004, p.7) “a avaliação é o processo de tomada de decisão, baseado no conjunto de informação relevante, usando um jogo formal de critérios éticos, que contribui para uma avaliação global da pessoa e as suas circunstâncias.” Uma avaliação rigorosa constituiu uma base importante para a formulação dos diagnósticos e para a planificação de intervenções eficazes.

Face ao exposto, anteriormente, formulei a seguinte questão de investigação:

A vivência de um tornado por crianças do pré-escolar e do 1.º ciclo do Jardim Escola João de Deus pode estar relacionada com alterações do estado de saúde mental?

Hipóteses formuladas:

- ✓ A prevalência de perturbações do estado de saúde mental em crianças do pré-escolar e do 1.º ciclo do Jardim Escola João de Deus após a vivência de um tornado a 7/12/2010 é superior à esperada;
- ✓ A prevalência de perturbações é maior nos rapazes;
- ✓ As perturbações associam-se a “muito” sofrimento da criança;
- ✓ As dificuldades apresentadas pelas crianças com perturbação sobrecarregam “muito” as famílias e a escola.

---

<sup>5</sup> Relativamente à competência F2 – *Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental*, o presente estudo integra a unidade de competência F2.1. que refere que o enfermeiro especialista *executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente* e a unidade de competência F2.2. que refere que o enfermeiro especialista *executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família*, especificamente no que se refere aos critérios de avaliação F2.1.2. - *avalia factores promotores e protectores do bem-estar e saúde mental, assim como factores predisponentes de perturbação mental na comunidade e grupos*; F2.2.1. - *executa uma avaliação global das respostas humanas às situações de desenvolvimento e de saúde mental do cliente*; e F2.2.3. - *avalia o impacto que o problema de saúde mental tem na qualidade de vida e bem-estar do cliente, com ênfase na funcionalidade e autonomia*.

Quanto à competência F3 – *Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada numa família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto*, o presente estudo de investigação integra a unidade de competência F3.1. - *estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade*, especificamente no que diz respeito aos critérios de avaliação F3.1.1. - *identifica os problemas e as necessidades específicas da pessoa, família, cuidador, grupo e comunidade, no âmbito da saúde mental*; F3.1.2. - *avalia o impacto na saúde mental de múltiplos factores de stresse e crises situacionais ou de desenvolvimento dentro do contexto familiar*; e F3.1.3. - *identifica apresentações típicas e atípicas de perturbações mentais e problemas associados*.

### **3.1.2. Metodologia**

#### **3.1.2.1. Tipo de estudo**

A epidemiologia é “the study of the occurrence and distribution of health-related states or events in specified populations, and the application of this knowledge to control the health problems” (LAST, 2001, p. 62).

Tendo em conta os objetivos do presente estudo de investigação optei por realizar um estudo transversal com estudo caso-controlo aninhado.

Os estudos transversais medem a prevalência da doença e, por essa razão, são frequentemente chamados de estudos de prevalência (BONITA, BEAGLEHOLE, KJELLSTRÖM, 2010). Remetendo-me à investigação desenvolvida, o estudo transversal permitiu numa primeira fase identificar as crianças com possível alteração do estado de saúde mental, através da aplicação do SDQ.

Um estudo de caso-controlo aninhado “is comprised of subjects sampled from an assembled epidemiological cohort study in which the sampling depends on disease status. (...) The advantages of nesting a case–control study in a cohort include convenience, cost-efficiency, high validity, and analytic flexibility” (LANGHOLZ, 2005, p. 1).

Biesheuvel et al (2008, p. 2) refere que a essência de um estudo de caso-controlo aninhado “is that cases with the condition under study arise in a source population and controls are a representative sample of this same source population”.

O estudo de caso-controlo aninhado possibilita numa segunda fase pesquisar vários fatores e como estes se associam com ter ou não alteração do estado de saúde mental. Na investigação desenvolvida os casos são constituídos pelas crianças que no estudo transversal apresentam possíveis alterações no estado de saúde mental e os controlos são as crianças que no estudo transversal não apresentam alterações no estado de saúde mental.

Desta forma, realizaram-se cinco estudos de caso-controlo aninhados:

- ✓ Estudo de caso-controlo aninhado em que os casos são as crianças que apresentam perturbação emocional (diagnóstico previsto pelo SDQ);
- ✓ Estudo de caso-controlo aninhado em que os casos são as crianças que apresentam perturbação da conduta (diagnóstico previsto pelo SDQ);
- ✓ Estudo de caso-controlo aninhado em que os casos são as crianças que apresentam perturbação da hiperatividade (diagnóstico previsto pelo SDQ);
- ✓ Estudo de caso-controlo aninhado em que os casos são as crianças que apresentam perturbação psiquiátrica (diagnóstico previsto pelo SDQ);
- ✓ Estudo de caso-controlo aninhado em que os casos são todas as crianças em risco de perturbação (total de crianças que apresentam possíveis alterações do estado de saúde mental pelo SDQ);

### **3.1.2.2. População e Amostra**

A população alvo deste estudo foram as 136 crianças que frequentavam o referido Jardim Escola quando do tornado.

De acordo com Fortin (2000) a amostra é um sub-conjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população. A amostra pode ser representativa da população, ou seja, as características da população devem estar presentes na amostra selecionada.

Os critérios de inclusão foram o ser crianças em idade pré-escolar e escolar que se encontravam no interior do Jardim Escola no dia do tornado. Foram recrutadas as crianças cujos pais assinaram o consentimento para serem integradas no estudo. Foram excluídas as crianças com três anos de idade, uma vez que o algoritmo fornecido só permite a introdução dos questionários SDQ que se aplicam a crianças ou adolescentes dos 4 anos aos 16 anos de idade, como será explicitado na secção seguinte. Foram ainda excluídas as crianças que já não frequentavam o Jardim Escola quando da avaliação (cerca de 9 meses após o tornado).

Obteve-se uma amostra de conveniência constituída por crianças de ambos os géneros e com idades compreendidas entre os 4 e os 10 anos. Os pais/cuidadores e professores

(seis professores) também participaram neste estudo, dado que o SDQ foi preenchido pelos mesmos.

### 3.1.2.3. Instrumentos de colheita de dados

Os instrumentos de colheita de dados utilizados foram o **SDQ** e a **entrevista de grupo não estruturada**.

O **SDQ** foi elaborado por Goodman em 1997, e constitui “a brief behavioural screening questionnaire that asks about children's and teenagers' symptoms and positive attribute” (GOODMAN, 1999, p. 791).

Este questionário é constituído por 25 itens que se repartem por cinco escalas, cada uma composta por cinco itens: escala de sintomas emocionais, escala de problemas de comportamento, escala de hiperatividade, escala de problemas de relacionamento com os colegas e a escala de comportamento pró-social. A opção de resposta para cada item é: “*Não é verdade*”, “*É um pouco verdade*” e “*É muito verdade*”, sendo que os participantes assinalam a opção com que estão de acordo. A pontuação de cada escala varia entre 0 e 10, uma vez que os itens são cotados numa escala de Likert de 0 a 2, em que a opção “*É um pouco verdade*” é sempre cotada com 1, e para as restantes opções “*Não é verdade*” e “*É muito verdade*”, varia conforme o item específico. Os itens cuja cotação é invertida encontram-se: na escala de problemas de comportamento (1 item), escala de hiperatividade (2 itens) e escala de problemas de relacionamento com os colegas (2 itens). A pontuação total das dificuldades que a criança ou adolescente apresenta é obtida pelo somatório dos resultados das escalas, à exceção da escala de comportamento pró-social, podendo compreender uma pontuação mínima de 0 e uma pontuação máxima de 40 (GOODMAN, 1997, 1999, 2001). Em relação à pontuação total das dificuldades e à pontuação de cada uma das escalas estão definidos pontos de corte ou intervalos, que categorizam as crianças ou adolescentes no que diz respeito às dificuldades identificadas em: “Normal”, “Limítrofe” ou “Anormal”. “Caseness cutoffs on the SDQ total difficulties score can be used to distinguish between cases and noncases” (GOODMAN, 1999, p. 792). Os intervalos estabelecidos para cotação das crianças nas três categorias, foram construídos de tal modo que cerca de 80% das crianças e adolescentes na população são “normais”, 10% são “límitrofes” e 10% são “anormais”.

O SDQ aplica-se a pais e professores de crianças ou adolescentes com idades compreendidas entre os 4 e os 16 anos e a crianças ou adolescentes com idades entre os 11 e 16 anos. Os 25 itens do SDQ - Versão de Pais e do SDQ - Versão de Professores são iguais. A versão para crianças ou adolescentes (Versão de Auto-Avaliação) é similar às versões para pais e professores, variando o grau da pessoa a que se dirige e sendo a linguagem utilizada mais clara de forma a ser compreendida pelas crianças e adolescentes (GOODMAN, 1997). No SDQ – Versão de Pais as respostas deverão ser dadas com base no comportamento da criança ou adolescentes nos últimos 6 meses e no SDQ - Versão de Professores as respostas deverão ser dadas tendo por base o comportamento da criança ou adolescente nos últimos 6 meses ou no presente ano escolar. O tempo de aplicabilidade é curto, cerca de 5-10 minutos (GOODMAN, 1999).

Utilizou-se a versão extensa do SDQ, a qual inclui os 25 itens mencionados anteriormente e um *Suplemento de Impacto*. Este suplemento questiona se o entrevistado considera que a criança ou adolescente tem dificuldades nas seguintes áreas: “emoções, concentração, comportamento ou em dar-se com outras pessoas”, e em caso afirmativo avalia ainda a cronicidade, sofrimento global, dificuldades sociais e sobrecarga para os outros (pais, professores e pares). Para investigadores e profissionais de saúde a versão SDQ com suplemento de impacto fornece informação adicional útil para a definição de casos (GOODMAN, 1999, 2001).

As versões SDQ para pais, professores e de auto-avaliação com suplemento de impacto são similares mas diferem entre si. O SDQ – Versão de Pais e o SDQ - Versão de Auto-Avaliação com suplemento de impacto no que se refere às dificuldades sociais questionam se as dificuldades identificadas perturbam o dia a dia da criança ou adolescente em 4 áreas: em casa, com os amigos, na aprendizagem na escola e nas brincadeiras ou tempos livres. O SDQ – Versão de Professores com suplemento de impacto, relativamente, às dificuldades sociais questiona se as dificuldades perturbam o dia a dia do aluno em duas áreas: na relação com os colegas e na aprendizagem na escola (GOODMAN, 1999).

As versões SDQ com suplemento de impacto permitem obter uma pontuação de impacto, a qual é obtida pelo somatório dos itens relativos ao sofrimento global e dificuldades sociais, podendo variar entre 0 e 10 no SDQ – Versão de Pais e no SDQ - Versão de

Auto-Avaliação, e entre 0 e 6 no SDQ – Versão de Professores. Uma pontuação de impacto igual ou superior a 2 é “anormal”, uma pontuação de 1 é “limítrofe” e uma pontuação de 0 é “normal” (GOODMAN, 1999).

Existe ainda uma versão do SDQ com suplemento de impacto para pais e educadores de infância para ser aplicado a crianças com 3 e 4 anos de idade. Nesta versão dois itens na escala de problemas de comportamento e um item da escala de hiperatividade foram modificados.

Na realização deste estudo de investigação clínica utilizou-se o SDQ – Versão de Pais com Suplemento de Impacto (Anexo 1) e o SDQ - Versão de Professores com Suplemento de Impacto (Anexo 2), a ser aplicado em crianças com idade igual ou superior a 4 anos. Não se utilizou o SDQ – Versão de Auto-Avaliação com Suplemento de Impacto, uma vez que, a idade máxima das crianças que constituem a amostra é 10 anos. Em Anexo 3 encontra-se a Cotação do SDQ com Suplemento de Impacto – Versão de Pais/Professores.

O SDQ inclui um algoritmo computadorizado que permite estimar a possibilidade de diagnósticos em saúde mental, através das pontuações da escala de sintomas emocionais, da escala de problemas do comportamento e da escala de hiperatividade, e através da pontuação de impacto, dos questionários com suplemento de impacto preenchidos por pais, professores e crianças ou adolescentes. O algoritmo gera as classificações “improvável”, “possível” ou “provável” para quatro categorias de perturbação: Perturbação Emocional (incluindo ansiedade, depressão, perturbação obsessivo-compulsiva, fobias), Perturbação da Conduta (incluindo perturbação de oposição), Perturbação de Hiperatividade e Perturbação Psiquiátrica (GOODMAN, RENFREW e MULLICK, 2000b). No que se refere ao presente estudo o algoritmo computadorizado estimou a possibilidade de diagnósticos em saúde mental através das pontuações dos questionários preenchidos pelos pais e pelos professores, dado que o SDQ - Versão de Auto-Avaliação com Suplemento de Impacto não foi utilizado.

O SDQ encontra-se traduzido para mais de 40 idiomas (GOODMAN, 2001). Este questionário foi traduzido e validado para a população portuguesa por Bacy Fleitlich,



Mário Jorge Loureiro, António Fonseca e Filomena Gaspar<sup>6</sup>. Atualmente, não existem normas nacionais para a sua aplicação encontrando-se as mesmas em elaboração (informação prestada pelos investigadores).

Alexandra Simões coordenou o primeiro estudo realizado em Portugal que analisou as propriedades psicométricas da versão extensa do SDQ numa amostra comunitária, “the investigated aspects included item analysis, internal consistency of the SDQ scales, and evaluation of construct validity” (MARZOCCHI et al, 2004, p. 42). Os autores reclamam ter obtido uma amostra representativa de 1082 crianças com idades entre 5 e 15 anos em quatro escolas públicas de Lisboa (duas primárias e duas secundárias). O SDQ – Versão de Auto-Avaliação com Suplemento de Impacto foi auto-aplicado por 587 crianças ou adolescentes com idade igual ou superior aos 11 anos. O SDQ – Versão de Pais com Suplemento de Impacto foi aplicado por 643 pais e o SDQ – Versão de Professores com Suplemento de Impacto por 61 professores. Quando compararam os resultados com os relatórios originais do Reino Unido, as análises das correlações demonstraram-se semelhantes ou até com maior concordância entre os três grupos de avaliadores. “Construct validity was generally confirmed by factor analyses which showed that nearly all items had their highest loadings grouped according to the expected subscales” (MARZOCCHI et al, 2004, p. 42). Contudo, a escala original de problemas de relacionamento com os colegas não foi replicada em avaliações de professores e das crianças ou adolescentes. No entanto, pela semelhança dos resultados deste estudo com os recolhidos no Reino Unido e noutros países, concluiu-se que as cinco escalas do SDQ são um modelo adequado para a estruturação do SDQ Português.

Embora o estudo de validação do SDQ para a população portuguesa tenha sido realizado numa amostra de crianças com idades compreendidas entre os 5 e os 15 anos, o questionário original é recomendado a partir dos 4 anos, pelo que no presente estudo foram integradas as crianças com 4 anos de idade.

A **entrevista de grupo não estruturada** (livre) é utilizada quando o entrevistador quer conhecer a perspetiva dos entrevistados sobre um determinado tema, acontecimento ou fenómeno. O entrevistador apenas orienta e estimula os entrevistados a desenvolverem a

---

<sup>6</sup> [http://www.sdqinfo.com/py/doc/b3.py?language=Portugueseqz\(Portugal\)](http://www.sdqinfo.com/py/doc/b3.py?language=Portugueseqz(Portugal))

sua opinião, existindo ainda liberdade para que expressem as suas emoções e sentimentos (FORTIN, 2000).

Foram realizadas entrevistas de grupo não estruturadas aos pais, professores, educadores de infância, funcionários e auxiliares de educação. O tema sobre as dificuldades e comportamentos apresentados pelas crianças após a vivência do tornado foi introduzido e os entrevistados estimulados a expor a sua opinião e perspetiva. Durante estas entrevistas foi enunciada a proposta de intervenção.

As entrevistas de grupo não estruturadas forneceram informações importantes para a formulação das hipóteses do estudo.

#### **3.1.2.4. Colheita de dados**

Foram agendadas com o Jardim Escola as entrevistas de grupo não estruturadas. No dia 15/09/2011 realizaram-se as duas primeiras entrevistas de grupo, uma com os funcionários e auxiliares de educação e outra com os professores e educadores de infância do Jardim Escola. A 28/09/2011 efetuou-se uma entrevista de grupo com os pais e cuidadores das crianças com 4, 5 e 6 anos de idade, dia 4/10/2011 com os pais e cuidadores das crianças com 7 e 8 anos de idade, e dia 07/10/2011 com os pais e cuidadores das crianças com 9 e 10 anos.

Durante as entrevistas de grupo não estruturadas com os pais foi solicitado aos mesmos o consentimento esclarecido para participação no estudo de investigação, reforçando que seriam salvaguardados os direitos à confidencialidade e privacidade e que os sujeitos tinham o direito de se retirar em qualquer momento da investigação, sem serem penalizados por tal. Foi cumprido o Procedimento Multisectorial - Consentimento Informado e Esclarecido para Investigação do CHLC (Anexo 4). Foi obtida autorização para a identificação nominal das crianças em todos os instrumentos utilizados.

Ainda durante as entrevistas de grupo não estruturadas foi aplicado o SDQ - Versão de Pais com Suplemento de Impacto, após a sua apresentação. Os questionários incluíam as instruções do instrumento e sempre que solicitado pelos pais foram fornecidas explicações complementares. Os questionários foram respondidos na sala de aula onde decorreram as referidas entrevistas.

Os pais cuja disponibilidade não permitiu estarem presentes nos dias agendados foram informados sobre os objetivos e metodologia do estudo pela diretora do Jardim Escola, tendo preenchido posteriormente o questionário em casa ou na escola, após assinaram o consentimento esclarecido. Foram disponibilizados outros momentos para esclarecimento de dúvidas.

O SDQ – Versão de Professores com Suplemento de Impacto foi preenchido pelos professores após os pais consentirem a participação das crianças no estudo. Tal como no SDQ – Versão de Pais com Suplemento de Impacto, as instruções do questionário estavam descritas no início da folha de registo do instrumento. Quando solicitado pelos professores foram fornecidas explicações complementares.

Através da consulta de processos dos alunos e com apoio da direção e professores do Jardim Escola foi colhida informação sobre: profissão dos pais; escalão de rendimento do agregado familiar (com base no cálculo entre a remuneração mensal auferida pelo agregado familiar e as despesas fixas com o mesmo é elaborada uma fórmula que distribui as crianças entre os escalões 1 e 8, sendo que 1 corresponde a menor rendimento *per capita* por agregado familiar e 8 corresponde ao maior rendimento *per capita* por agregado familiar - em função dos escalões calculados é definida a mensalidade de pagamento); tipo de família; antecedentes familiares de patologia psiquiátrica; história de acompanhamento em saúde mental pelas crianças; eventos de vida significativos pré- tornado (nascimento de irmão e divórcio dos pais) e pós-tornado (gravidez presente, nascimento de um irmão, divórcio dos pais e habitação destruída pelo tornado) e perdas significativas (morte de familiar/pessoa significativa) pré-tornado e pós-tornado. No que se refere aos eventos de vida significativos e perdas significativas os dados colhidos relativamente ao pré-tornado remetem-se ao último ano antes do tornado. A Diretora indicou quais as crianças que tinham irmãos no interior da escola no momento do tornado, dado que nas entrevistas de grupo não estruturadas foi referido pelos professores grande preocupação das crianças com os irmãos que se encontravam também na escola no momento do tornado.

Através da consulta de processos dos alunos e com apoio da direção e professores do Jardim Escola foram ainda recolhidos dados para caracterização sociodemográfica das crianças cujos pais não deram consentimento para participação no estudo.

### 3.1.2.5. Análise de dados

Os dados SDQ foram introduzidos no programa de pontuação do SDQ 2.03 - YouthinMind<sup>®</sup> Ltd 2007. O programa integra algoritmos, emitindo um relatório com os resultados das pontuações das cinco escalas, da pontuação total de dificuldades e pontuação de impacto, com interpretação destes resultados (categorização em “normal”, “limítrofe” e “anormal”) e especificando quais os diagnósticos previstos, gerando as classificações “improvável”, “possível” ou “provável” para: Perturbação Emocional, Perturbação da Conduta, Perturbação de Hiperatividade e Perturbação Psiquiátrica, como já foi mencionado anteriormente. Este Programa de pontuação do SDQ é executado usando o Microsoft Office Access e tem a capacidade de exportar dados. O programa foi fornecido pelo YouthinMind<sup>®</sup>.

Os dados foram analisados com o programa SPSS<sup>®</sup> (SPSS for Windows, Rel. 11.0.1. 2001. Chicago, IL: SPSS Inc.). Foi efetuada a análise descritiva dos dados. Na análise univariável para explorar a existência de associações entre variáveis utilizou-se o teste Qui-Quadrado ou teste exacto de Fisher, conforme adequado.

Recorreu-se à regressão logística para testar vários modelos, de modo a avaliar os fatores associados a maior risco de perturbação identificada pelo SDQ, expressos pelo Odds Ratio (OR).

Foi feita a análise descritiva dos não participantes no estudo, que foram incluídos na análise de sensibilidade (usada para determinar o impacto de diferentes resultados assumidos da aplicação do SDQ na frequência de risco de perturbação psiquiátrica).

Foi considerado um nível de significância  $\alpha = 0,05$  ( $p < 0,05$ ).

A análise e o tratamento de dados foram realizados com o apoio do Gabinete de Análise Epidemiológica e Estatística do Centro de Investigação do CHLC.

### **3.1.2.6. Definição de casos**

Dado que o objetivo deste estudo é realizar uma avaliação do estado de saúde mental das crianças, identificando as crianças que apresentam possíveis alterações do estado de saúde mental, na definição de possíveis casos foram agrupadas as crianças cujo algoritmo gerou as classificações “possível” e “provável”, para as quatro categorias de perturbação. A categoria Perturbação Psiquiátrica integra uma ou mais das outras três categorias de perturbação (Perturbação Emocional, Perturbação da Conduta, Perturbação de Hiperatividade).

Como já foi mencionado anteriormente, Goodman (1999) refere que os pontos de corte ou intervalos, que categorizam as crianças no que diz respeito às dificuldades identificadas em: “normal”, “limítrofe” ou “anormal”, para a pontuação total das dificuldades permitem distinguir possíveis casos de não casos. Desta forma, considerámos ainda como possíveis casos as crianças que apresentavam pontuações totais de dificuldades para o SDQ - Versão de Pais com Suplemento de Impacto ou SDQ – Versão de Professores com Suplemento de Impacto dentro dos valores “limítrofes” ou valores “anormais” e que não apresentavam qualquer diagnóstico previsto pelo algoritmo associado.

### **3.1.2.7. Cumprimento de requisitos legais, éticos e administrativos**

Antes de empreender a colheita de dados propriamente dita foram efetuadas diligências preliminares. Após ter sido solicitado, em Maio de 2011, pela Proteção Civil de Tomar ao CHLC – HDE um “Pedido de Intervenção pós – catástrofe”, este foi encaminhado pelo Concelho de Administração para a Área de Psiquiatria da Infância e da Adolescência. Foi delineada uma proposta de intervenção pela Direção da Área de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, dando resposta à solicitação. Este estudo integra a fase inicial de intervenção da proposta apresentada.

O projeto foi aprovado pela comissão de ética do CHLC.

### **3.1.3. Resultados**

Das 136 crianças que vivenciaram o tornado, cumpriam os critérios de inclusão e de exclusão 110, das quais em 7 os pais não deram o consentimento para a participação no estudo. A amostra efetiva é constituída por 103 crianças.

#### **3.1.3.1. Informação fornecida pelas entrevistas de grupo não estruturadas**

Nas entrevistas de grupo não estruturadas com os professores e educadores de infância e com funcionários e auxiliares de educação foi notória a necessidade por parte destes relatarem de forma pormenorizada o dia em que decorreu o evento. Nestes relatos enfatizaram “a chuva de vidros” (sic), o teto da escola a voar, o barulho ensurdecador, o medo estampado no rosto das crianças, os gritos e o silêncio que se instalou a seguir, a preocupação em perceber se as crianças se encontravam por baixo dos escombros (de referir que uma das crianças foi projetada do interior para o exterior da escola, tendo partido uma perna, que outra criança ficou por baixo de um armário e que inúmeras crianças apresentaram várias escoriações) e a necessidade de proteger as mesmas. Alguns dos profissionais referiram “houve coisas que apaguei, das quais não me lembro” (sic), outros verbalizaram que a memória sobre este acontecimento está muito presente.

Durante estas entrevistas os professores reforçaram que desde o tornado as crianças apresentam medo do barulho e da chuva, apresentam recusa em ir para a escola, fazem desenhos de casas e carros a voar, de casas sem telhado. Referiram ainda grande preocupação em relação às reações das crianças no próximo Inverno, face a situações de trovoada, chuva e mau-tempo.

Nas entrevistas de grupo não estruturadas realizadas com os pais, destacou-se que desde o tornado as crianças apresentam pesadelos, medo de dormir sozinhas e com a luz apagada, medo do vento (“atribui ao vento a responsabilidade de tudo o que acontece” - sic), medo da chuva (“recusa sair de casa quando chove” - sic, “fecha as janelas e estores quando chove” - sic), medo do barulho e da trovoada (“tapa os ouvidos” - sic), enurese, insónia inicial e intermédia, questionam os pais “se houver vento o telhado de casa voa?” (sic), “a nossa casa é segura?” (sic). Os pais relataram que as crianças pedem para ir ver as obras que estão a decorrer na escola centrando as questões que fazem no telhado da mesma, e outras crianças referem que não querem regressar à escola depois das obras.

Os pais mencionaram que algumas crianças não fazem perguntas e não falam sobre o dia em que ocorreu o evento. Verbalizaram ainda grande preocupação em relação ao Inverno 2011/2012, questionando o que deverão fazer face aos comportamentos manifestados pelas crianças.

### **3.1.3.2. Descrição sociodemográfica e do contexto familiar**

A amostra é constituída por 103 crianças, 56 raparigas (54,4%). Das 103 crianças, 26,2% frequentam o ensino pré-escolar e 73,7% crianças frequentam o 1º Ciclo do Ensino Básico (Quadro I - Apêndice 1).

À altura do acontecimento traumático a média de idade das crianças era 6,21 anos (mínimo 3,26 e máximo 9,81). Ao preenchimento do SDQ pelos pais e professores, a idade média das crianças era 7 anos (mínimo 4,1 e máximo 10,7) (Quadro II - Apêndice 1). Em média, as crianças foram avaliadas  $305 \pm 14,49$  dias após o tornado.

Habitam com ambos os pais (65) 63,1% das crianças, (36) 35% habita com o pai ou a mãe e (2) 1,9% não habitam com os pais.

Constatou-se que em 23,3% das crianças o pai integra as “Especialidades das Profissões intelectuais e científicas”, em 20,4% das crianças o pai é “Operários, artífices e trabalhadores similares” e em 12,6% das crianças o pai integra profissões relacionadas com “Pessoal dos serviços e vendedores” (Quadro III - Apêndice 1).

Das profissões da mãe, as “Especialidades das Profissões intelectuais e científicas” representam 23,3% e as profissões relacionadas com “Pessoal dos serviços e vendedores” 19,4%. Têm mães desempregadas ou domésticas 19,4% das crianças (Quadro IV - Apêndice 1).

Tendo por base os escalões de rendimento do agregado familiar, verificou-se que 66,1% das crianças encontra-se entre o escalão 2-4, e apenas 5,8% estão nos escalões mais altos (7 e 8), cujos rendimentos *per capita* por agregado familiar são os mais elevados (Quadro V - Apêndice 1).

Foram notificados antecedentes familiares de patologia psiquiátrica em 1% das crianças; nenhuma criança tinha patologia psiquiátrica diagnosticada. Após o tornado, uma das crianças iniciou acompanhamento em consulta de psicologia.

Quanto aos eventos de vida significativos apurou-se que 26,2% das crianças apresentam eventos de vida significativos, dos quais 16,5% são pré-tornado (10,7% divórcios; 5,8% o nascimento de um irmão). As crianças que apresentam eventos de vida significativos pós-tornado representam 7,8% da amostra (1% divórcios; 4,9% o nascimento de um irmão; 1,9% gravidez atual da progenitora). Verificou-se que 2 crianças tiveram a sua habitação destruída pelo tornado (Quadro VI - Apêndice 1).

Relativamente há ocorrência de perdas significativas, uma criança apresentou uma perda significativa pré-tornado e outra criança uma perda significativa pós-tornado, ou seja, a morte de um familiar ou pessoa significativa.

Por último, no que toca à existência de irmãos no interior da escola no momento do tornado verifica-se uma representação de 21,4% da amostra (Quadro VII - Apêndice 1).

### **3.1.3.2. Resultados do SDQ – Versão de Pais com Suplemento de Impacto**

Na pontuação total de dificuldades 68,9% das crianças apresenta valores “normais”, 19,4% das crianças apresenta valores considerados “limítrofes” e 11,7% valores considerados “anormais”. Nas escalas de sintomas emocionais, problemas de comportamento e de hiperatividade, apesar da maioria das crianças apresentar resultados dentro dos valores “normais”, obteve-se uma percentagem de valores “limítrofes” e “anormais” significativamente mais elevada, em comparação com os resultados das escalas de problemas de relacionamento com os colegas e de comportamento pró-social. Na escala de comportamento pró-social, nenhuma criança apresentou resultados dentro dos valores “anormais” (Quadro VIII - Apêndice 1).

Relativamente à primeira questão do suplemento de impacto, que questiona se os pais consideram que as crianças apresentam dificuldades em alguma das seguintes áreas: “emoções, concentração, comportamento ou em dar-se com os outros”, verificou-se que dos 103 pais que responderam ao questionário, 61 (59,3%) referem que as crianças apresentam dificuldades, sendo que 46,6% referem que as crianças apresentam



dificuldades “pequenas”, 12,7% dificuldades “grandes” ou “muito grandes”; 40,8% dos pais não referem dificuldades nas crianças (Quadro IX - Apêndice 1).

Quando os pais respondem de forma afirmativa à primeira questão do suplemento de impacto do SDQ, deverão responder às quatro questões seguintes sobre as dificuldades, avaliando-se assim a cronicidade, sofrimento global, dificuldades sociais e sobrecarga para os outros.

Quanto à segunda questão do suplemento de impacto do SDQ, a qual avalia a cronicidade, dos 61 pais que responderam à primeira questão, 4 não responderam há quanto tempo a criança apresenta dificuldades nas referidas áreas. Dos 57 pais que responderam, 70,2% dos pais referem que a criança apresenta dificuldades há mais de 12 meses (pré-tornado), e 29,9% referem que a criança apresenta dificuldades há menos de 12 meses, ou seja, após a vivência do acontecimento traumático – tornado (Quadro X - Apêndice 1).

Quanto à terceira questão do suplemento de impacto do SDQ que avalia o sofrimento global, ou seja, se as dificuldades incomodam ou fazem sofrer a criança, dos 61 pais responderam 58, dos quais 53,4% referem que essas dificuldades fazem sofrer ou incomodam “pouco” a criança, 22,4% referem que fazem sofrer ou incomodam “muito”; 24,1% dos pais referem que as dificuldades não fazem sofrer ou incomodam a criança (Quadro XI - Apêndice 1).

Os resultados à quarta questão que avalia as dificuldades sociais, a qual questiona os pais se as dificuldades identificadas perturbam o dia a dia da criança em 4 áreas: em casa, com os amigos, na aprendizagem na escola e nas brincadeiras/tempos livres, são apresentados em seguida.

Dos 61 pais que referem que as crianças apresentam dificuldades, 7 não responderam se as dificuldades que a criança apresenta perturbam ou não o dia a dia da mesma em casa. Dos 54 pais que responderam, 66,7% referem que as dificuldades perturbam o dia a dia da criança em casa e 33,3% referem que não perturbam (Quadro XII - Apêndice 1).

Não responderam se as dificuldades que a criança apresenta perturbam ou não o dia a dia da mesma com os amigos, 8 dos 61 pais. Dos 53 pais que responderam, 58,5%

referem que as dificuldades perturbam o dia a dia da criança na relação com os amigos e 41,5% referem que não perturbam (Quadro XIII - Apêndice 1).

Dos 61 pais, 5 não responderam se as dificuldades que a criança apresenta perturbam ou não o dia a dia da mesma no que se refere à aprendizagem na escola. Responderam 56 pais, dos quais 85,8% referem que as dificuldades perturbam o dia a dia da criança na aprendizagem na escola, sendo que em 32,2% crianças perturbam “muito” ou “muitíssimo”. Verifica-se que em 14,3% crianças as dificuldades não interferem na aprendizagem na escola (Quadro XIV - Apêndice 1).

Por último, relativamente às brincadeiras ou tempos livres, constatou-se que dos 61 pais, 7 não responderam se as dificuldades que a criança apresenta perturbam ou não o dia a dia desta nesta área. Dos 54 pais que responderam, 59,3% referem que as dificuldades perturbam o dia a dia da criança nas brincadeiras ou tempos livres e 40,7% referem que não perturbam (Quadro XV - Apêndice 1).

Quanto à questão final do suplemento de impacto sobre a sobrecarga para os pais e família, verificou-se que não responderam a esta questão, 2 dos 61 pais. Responderam 59 pais, sendo que 47,5% referem que as dificuldades que a criança apresenta não são uma sobrecarga e 52,5% referem que constituem uma sobrecarga. Destes últimos, 16,9% referem que as dificuldades sobrecarregam “muito” (Quadro XVI - Apêndice 1).

Quanto aos resultados da pontuação de impacto (obtida pelo somatório dos itens relativos ao sofrimento global e dificuldades sociais), verifica-se que o impacto das dificuldades é “normal” em 75,7% crianças, “limítrofe” em 10,7% das crianças e “anormal” em 13,6% das crianças (Quadro XVII - Apêndice 1).

### **3.1.3.3. Resultados do SDQ – Versão de Professores com Suplemento de Impacto**

Na pontuação total de dificuldades 94,2% das crianças apresentam valores “normais”, 3,8% valores considerados “limítrofes” e 1,9% valores “anormais”. Na escala de sintomas emocionais nenhuma criança apresenta valores “anormais” e 2,9% das crianças apresentam valores “limítrofes”. Na escala de hiperatividade apesar da maioria das crianças apresentar resultados dentro dos valores “normais” (87,4%), obteve-se uma maior percentagem de valores “limítrofes” (4,9%), igual na escala de problemas do

comportamento, e “anormais” (7,8%). Na escala de problemas de relacionamento com os colegas nenhuma criança apresentou valores “limítrofes” e “anormais”. Na escala de comportamento pró-social, 4,9% das crianças apresenta valores “limítrofes” e 1% das crianças valores considerados “anormais” (Quadro XVIII - Apêndice 1).

Quanto à primeira questão do suplemento de impacto do SDQ, os professores referem que das 103 crianças, 40 (61,2%) apresentam dificuldades nas áreas: emocional, concentração, comportamento e relacional. Destas, 30,1% apresentam dificuldades “pequenas”, 8,8% dificuldades “grandes” e “muito grandes” (Quadro XIX - Apêndice 1).

Tal como sucede com o SDQ – Versão de Pais com Suplemento de Impacto, quando os professores respondem de forma afirmativa à primeira questão do suplemento de impacto do SDQ, deverão responder às quatro questões seguintes, avaliando-se assim a cronicidade, sofrimento global, dificuldades sociais e sobrecarga para os outros.

Quanto à segunda questão que avalia a cronicidade, das 40 crianças que os professores referem que apresentam dificuldades: 57,5% apresentam dificuldades há mais de 12 meses (pré-tornado), e 42,5% há menos de 12 meses, ou seja, após a vivência do tornado (Quadro XX - Apêndice 1).

Quanto à terceira questão do suplemento de impacto do SDQ, que avalia o sofrimento global, das 40 crianças que os professores referem ter dificuldades, em 35% das crianças essas dificuldades fazem sofrer ou incomodam “pouco”, em 20% fazem sofrer ou incomodam “muito” e “muitíssimo”; em 45% crianças essas dificuldades não provocam sofrimento ou incomodam (Quadro XXI - ver Apêndice 1).

A quarta questão avalia as dificuldades sociais, questionando os professores se as dificuldades identificadas perturbam o dia a dia da criança em 2 áreas: relação com os colegas e na aprendizagem na escola. Verifica-se que nas 40 crianças que os professores referem ter dificuldades, essas dificuldades interferem na relação com os colegas em 22,5% das crianças (Quadro XXII - Apêndice 1).

Os professores referem ainda que nas 40 crianças, as dificuldades apresentadas interferem na aprendizagem na escola em 77,5% crianças, sendo que em 25% perturbam “muito” ou “muitíssimo” (Quadro XXIII - Apêndice 1).

Relativamente à última questão do SDQ com suplemento de impacto que avalia a sobrecarga para professores/classe/turma, das 40 crianças que apresentam dificuldades, essas dificuldades são uma sobrecarga em 50% das crianças, sendo que em 22,5% crianças sobrecarregam “muito” ou “muitíssimo” os professores/classe/turma (Quadro XXIV - Apêndice 1).

Quanto à pontuação de impacto, o impacto que as dificuldades apresentadas têm na criança é referido pelos professores como “normal” em 84,5% crianças, “limítrofe” em 9,7% crianças e “anormal” em 5,8% crianças (Quadro XXV - Apêndice 1).

#### **3.1.3.4. Crianças identificadas pelo SDQ como tendo possíveis alterações do estado de saúde mental**

Da amostra 12 (11,7%) crianças apresentam uma perturbação emocional (Quadro XXVI - Apêndice 1), 20 (19,4%) crianças apresentam uma perturbação da conduta (Quadro XXVII - Apêndice 1), 12 (11,7%) crianças apresentam uma perturbação de hiperatividade (Quadro XXVIII - Apêndice 1) e 34 (33%) crianças apresentam uma perturbação psiquiátrica (Quadro XXIX - Apêndice 1).

Desta forma, analisando os resultados referentes às quatro categorias de perturbação, pode-se verificar que 10 crianças apresentam, simultaneamente, dois diagnósticos previstos pelo SDQ, dado confirmado pela análise dos relatórios escritos emitidos pelo programa de pontuação do SDQ.

Das 103 crianças, 43 (41,7%) apresentam possíveis alterações do estado de saúde mental (total de crianças em risco): 34 (33%) crianças apresentam perturbações previstas pelo algoritmo do SDQ e 9 (8,7%) crianças apresentam pontuações totais de dificuldades para o SDQ - Versão de Pais ou SDQ – Versão de Professores dentro dos valores “limítrofes” ou valores “anormais”.

### 3.1.3.5. Fatores associados à existência de alterações do estado de saúde mental identificadas pelo SDQ

As prevalências de perturbação psiquiátrica e de perturbação da conduta são significativamente superior nos rapazes do que nas raparigas (Quadro XXX).

**Quadro XXX – Distribuição dos resultados do SDQ, por género.**

	Perturbação Emocional	Perturbação da Conduta *	Perturbação de Hiperatividade	Perturbação Psiquiátrica **	Total de crianças em risco de perturbação
Feminino	6/56 (10,7%)	3/56 (5,4%)	7/56 (12,5%)	13/56 (23,2%)	22/56 (39,3%)
Masculino	6/47 (12,8%)	17/47 (36,2%)	5/47 (10,6%)	21/47 (44,7%)	21/47 (44,7%)
Total	12/103 (11,7%)	20/103 (19,4%)	12/103 (11,7%)	34/103 (33%)	43/103 (41,7%)

\* (Qui-Quadrado,  $p < 0,001$ )

\*\* (Qui-Quadrado,  $p < 0,05$ )

A possibilidade de perturbação psiquiátrica é 2,7 vezes superior no género masculino. [OR 2,672 (IC 95% 1,147 – 6,225)]

A possibilidade de perturbação da conduta é 10 vezes superior no género masculino. [OR 10,011 (IC 95% 2,71 – 36,97)]

A prevalência de perturbação da conduta é significativamente superior nas crianças do pré-escolar do que nas crianças do 1.º ciclo (Quadro XXXI).

**Quadro XXXI – Distribuição dos resultados do SDQ, por turmas do pré-escolar e do 1º ciclo.**

	Perturbação Emocional	Perturbação da Conduta *	Perturbação de Hiperatividade	Perturbação Psiquiátrica	Total de crianças em risco de perturbação
Bíbe Vermelho	2/11 (18,2%)	6/11 (54,5%)	2/11 (18,2%)	7/11 (63,6%)	7/11 (63,6%)
Bíbe Azul	1/16 (6,3%)	6/16 (37,5%)	0/16 (0%)	6/16 (37,5%)	7/16 (43,8%)
1.º Ano	3/16 (18,8%)	2/16 (12,5%)	3/16 (18,8%)	6/16 (37,5%)	8/16 (50%)
2.º Ano	2/23 (8,7%)	3/23 (13%)	4/23 (17,4%)	7/23 (30,4%)	10/23 (43,5%)
3.º Ano	2/17 (11,8%)	0/17 (0%)	1/17 (5,9%)	3/17 (17,6%)	5/17 (29,4%)
4.º Ano	2/20 (10%)	3/20 (15%)	2/20 (10%)	5/20 (25%)	6/20 (30%)
Total	12/103 (11,7%)	20/103 (19,4%)	12/103 (11,7%)	34/103 (33%)	43/103 (41,7%)

\* (teste exacto de Fisher,  $p < 0,05$ )

Por cada ano de idade a mais, no momento do tornado, a possibilidade de ter uma perturbação da conduta reduz em 37,4%. [OR 0,626 (IC 95% 0,45 – 0,87)]

Por cada ano de idade a mais, no momento do tornado, a possibilidade de ter uma perturbação psiquiátrica reduz em 22%. [OR 0,78 (IC 95% 0,607 – 1,003)]

Por cada ano de idade a mais, no momento do tornado, a possibilidade de ter alteração do estado de saúde mental reduz em 19,9%. [OR 0,801 (IC 95% 0,632 – 1,016)]

Não se encontra diferença significativa na prevalência de perturbações/alterações do estado de saúde mental em relação à profissão do pai, profissão da mãe, família, eventos de vida significativos (pré-tornado, durante o tornado e pós-tornado) e não presença de eventos de vida significativos, e à existência de irmãos no interior da escola no momento do tornado (Quadro XXXII a Quadro XXXVI – Apêndice 2).

Verifica-se que não existe diferença estatisticamente significativa na prevalência de perturbações/alterações do estado de saúde mental em relação aos escalões de rendimento do agregado familiar. A aparente prevalência de perturbação da conduta nos três primeiros escalões (menor rendimento *per capita* por agregado familiar) não se confirma estatisticamente (Quadro XXXVII – Apêndice 2).

Segundo a apreciação dos pais, a maioria das crianças que apresentam possíveis alterações no estado de saúde mental apresentam as mesmas há mais de um ano, ou seja, são anteriores à vivência do acontecimento traumático. Destaca-se que os casos de perturbação da conduta são prévios ao tornado. No entanto, uma parte significativa dos casos de perturbação emocional e de perturbação de hiperatividade são referidos pelos pais como existindo desde há 6-12 meses (coincidindo com o período imediato após o tornado), embora não apresente significado estatístico (Quadro XXXVIII).

**Quadro XXXVIII** – Distribuição dos resultados do SDQ, pela cronicidade das dificuldades (conforme avaliado pelos pais).

		Perturbação Emocional	Perturbação da Conduta *	Perturbação de Hiperatividade	Perturbação Psiquiátrica	Total de crianças em risco de perturbação
Cronicidade (Av. Pais)	Menos 1 mês	0/1 (0%)	0/1 (0%)	0/1 (0%)	0/1 (0%)	0/1 (0%)
	1-5 Meses	0/3 (0%)	0/3 (0%)	0/3 (0%)	0/3 (0%)	2/3 (66,7%)
	6-12 Meses	5/13 (38,5%)	0/13 (0%)	4/13 (30,8%)	7/13 (53,8%)	9/13 (69,2%)
	Mais 12 Meses	7/40 (17,5%)	13/40 (32,5%)	8/40 (20%)	20/40 (50%)	23/40 (57,5%)
Total		12/57 (21,1%)	13/57 (22,8%)	12/57 (21,1%)	27/57 (47,4%)	34/57 (59,6%)

\* (teste exacto de Fisher,  $p < 0,05$ )

A possibilidade de ter uma perturbação da conduta após o tornado é 89,6% menor nas crianças que antes do tornado não tinham perturbação da conduta do que nas que já tinham perturbação. [OR 0,104 (IC 95% 0,013 – 0,860)]

Segundo a avaliação dos pais, todas as perturbações/alterações do estado de saúde mental associam-se a “muito” sofrimento exceto nas crianças com perturbação da conduta (Quadro XXXIX).

**Quadro XXXIX** – Distribuição dos resultados do SDQ, pelo grau de sofrimento global (conforme avaliado pelos pais).

		Perturbação Emocional *	Perturbação da Conduta	Perturbação de Hiperatividade *	Perturbação Psiquiátrica *	Total de crianças em risco de perturbação *
Sofrimento Global (Av. Pais)	Nada	0/14 (0%)	5/14 (35,7%)	1/14 (7,1%)	5/14 (35,7%)	7/14 (50%)
	Pouco	5/31 (16,1%)	7/31 (22,6%)	5/31 (16,1%)	12/31 (38,7%)	16/31 (51,6%)
	Muito	7/13 (53,8%)	2/13 (15,4%)	6/13 (46,2%)	11/13 (84,6%)	12/13 (92,3%)
Total		12/58 (20,7%)	14/58 (24,1%)	12/58 (20,7%)	28/58 (48,3%)	35/58 (60,3%)

\* (Qui-Quadrado ou teste exacto de Fisher,  $p < 0.05$ )

A apreciação pelos pais acerca da interferência das dificuldades das crianças no dia a dia em casa é com maior frequência mais grave nas crianças que apresentam possíveis alterações do estado de saúde mental (crianças em risco de perturbação), mais especificamente nas crianças em que se identificou perturbação psiquiátrica e perturbação emocional (Quadro XL).



**Quadro XL** – Distribuição dos resultados do SDQ, pela interferência das dificuldades no dia a dia da criança, em casa (conforme avaliado pelos pais).

		Perturbação Emocional *	Perturbação da Conduta	Perturbação de Hiperatividade	Perturbação Psiquiátrica **	Total de crianças em risco de perturbação **
Dificuldades perturbam o dia a dia em casa (Av. Pais)	Nada	1/18 (5,6%)	4/18 (22,2%)	2/18 (11,1%)	5/18 (27,8%)	7/18 (38,9%)
	Pouco	4/29 (13,8%)	9/29 (31%)	8/29 (27,6%)	16/29 (55,2%)	19/29 (65,5%)
	Muito	7/7 (100%)	1/7 (14,3%)	2/7 (28,6%)	7/7 (100%)	7/7 (100%)
Total		12/54 (22,2%)	14/54 (25,9%)	12/54 (22,2%)	28/54 (51,9%)	33/54 (61,1%)

\* (teste exacto de Fisher,  $p < 0,001$ )

\*\* (teste exacto de Fisher,  $p < 0,05$ )

A apreciação pelos pais referente à interferência das dificuldades das crianças na relação com os amigos é com maior frequência mais grave nas crianças em que se identificou perturbação emocional (Quadro XLI).

**Quadro XLI** – Distribuição dos resultados do SDQ, pela interferência das dificuldades no dia a dia da criança, na relação com os amigos (conforme avaliado pelos pais).

		Perturbação Emocional *	Perturbação da Conduta	Perturbação de Hiperatividade	Perturbação Psiquiátrica	Total de crianças em risco de perturbação
Dificuldades perturbam o dia a dia na relação com os amigos (Av. Pais)	Nada	2/22 (9,1%)	5/22 (22,7%)	3/22 (13,6%)	9/22 (40,9%)	12/22 (54,5%)
	Pouco	5/26 (19,2%)	8/26 (30,8%)	6/26 (23,1%)	13/26 (50%)	15/26 (57,7%)
	Muito	4/5 (80%)	1/5 (20%)	2/5 (40%)	5/5 (100%)	5/5 (100%)
Total		11/53 (20,8%)	14/53 (26,4%)	11/53 (20,8%)	27/53 (50,9%)	32/53 (60,4%)

\* (teste exacto de Fisher,  $p < 0,05$ )

A apreciação pelos pais sobre a interferência das dificuldades das crianças na aprendizagem escolar é com maior frequência mais grave nas crianças em que se

identificou perturbação psiquiátrica, especificamente nas crianças com perturbação emocional e perturbação de hiperatividade (Quadro XLII).

**Quadro XLII** – Distribuição dos resultados do SDQ, pela interferência das dificuldades no dia a dia da criança, na aprendizagem na escola (conforme avaliado pelos pais).

		Perturbação Emocional *	Perturbação da Conduta	Perturbação de Hiperatividade **	Perturbação Psiquiátrica *	Total de crianças em risco de perturbação ***
Dificuldades perturbam o dia a dia na aprendizagem na escola (Av. Pais)	Nada	0/8 (0%)	2/8 (25%)	1/8 (12,5%)	3/8 (37,5%)	3/8 (37,5%)
	Pouco	3/30 (10%)	7/30 (23,3%)	1/30 (3,3%)	9/30 (30%)	15/30 (50%)
	Muito	8/16 (50%)	3/16 (18,8%)	8/16 (50%)	13/16 (81,3%)	13/16 (81,3%)
	Muitíssimo	1/2 (50%)	1/2 (50%)	1/2 (50%)	2/2 (100%)	2/2 (100%)
Total		12/56 (21,4%)	13/56 (23,2%)	11/56 (19,6%)	27/56 (48,2%)	33/56 (58,9%)

\* (teste exacto de Fisher,  $p < 0,05$ )

\*\* (teste exacto de Fisher,  $p < 0,001$ )

\*\*\* (teste exacto de Fisher,  $p = 0,058$ )

A apreciação pelos pais referente à interferência das dificuldades das crianças nas brincadeiras/tempos livres é com maior frequência mais grave nas crianças em que se identificou perturbação emocional (Quadro XLIII).

**Quadro XLIII** – Distribuição dos resultados do SDQ, pela interferência das dificuldades no dia a dia da criança, nas brincadeiras/tempos livres (conforme avaliado pelos pais).

		Perturbação Emocional *	Perturbação da Conduta	Perturbação de Hiperatividade	Perturbação Psiquiátrica	Total de crianças em risco de perturbação
Dificuldades perturbam o dia a dia nas brincadeiras (Av. Pais)	Nada	2/22 (9,1%)	6/22 (27,3%)	4/22 (18,2%)	10/22 (45,5%)	11/22 (50%)
	Pouco	6/27 (22,2%)	8/27 (29,6%)	5/27 (18,5%)	13/27 (48,1%)	18/27 (66,7%)
	Muito	3/5 (60%)	0/5 (0%)	2/5 (40%)	4/5 (80%)	4/5 (80%)
Total		11/54 (20,4%)	14/54 (25,9%)	11/54 (20,4%)	27/54 (50%)	33/54 (61,1%)

\* (teste exacto de Fisher,  $p < 0,05$ )

A referência à “muita” sobrecarga para pais/família é significativamente mais frequente nas crianças da amostra que apresentam possíveis alterações do estado de saúde mental (crianças em risco de perturbação), parecendo estar mais associada às perturbações psiquiátricas e perturbações emocionais (Quadro XLIV).

**Quadro XLIV** – Distribuição dos resultados do SDQ, pela sobrecarga para pais/família das dificuldades (conforme avaliado pelos pais).

		Perturbação Emocional *	Perturbação da Conduta	Perturbação de Hiperatividade	Perturbação Psiquiátrica **	Total de crianças em risco de perturbação **
Sobrecarga pais/família (Av. Pais)	Nada	3/28 (10,7%)	6/28 (21,4%)	3/28 (10,7%)	9/28 (32,1%)	14/28 (50%)
	Pouco	2/21 (9,5%)	5/21 (23,8%)	5/21 (23,8%)	9/21 (42,9%)	10/21 (47,6%)
	Muito	6/10 (60%)	3/10 (30%)	3/10 (30%)	9/10 (90%)	10/10 (100%)
Total		11/59 (18,6%)	14/59 (23,7%)	11/59 (18,6%)	27/59 (45,5%)	34/59 (57,6%)

\* (teste exacto de Fisher,  $p < 0,05$ )

\*\* (Qui-Quadrado,  $p < 0,05$ )

A percepção pelos pais de impacto de dificuldades “anormal” é superior nas crianças da amostra que apresentam possíveis alterações do estado de saúde mental (crianças em risco de perturbação) e com perturbação psiquiátrica, mais especificamente com perturbação emocional e perturbação de hiperatividade (Quadro XLV).

**Quadro XLV** – Distribuição dos resultados do SDQ, pelo impacto de dificuldades (conforme avaliado pelos pais).

Casos/total		Perturbação Emocional *	Perturbação da Conduta	Perturbação de Hiperatividade *	Perturbação Psiquiátrica *	Total de crianças em risco de perturbação *
Impacto (Av. Pais)	“Normal”	0/78 (0%)	14/78 (17,9%)	1/78 (1,3%)	15/78 (19,2%)	23/78 (29,5%)
	“Limítrofe”	3/11 (27,3%)	3/11 (27,3%)	3/11 (27,3%)	5/11 (45,5%)	6/11 (54,5%)
	“Anormal”	9/14 (64,3%)	3/14 (21,4%)	8/14 (57,1%)	14/14 (100%)	14/14 (100%)
Total		12/103 (11,7%)	20/103 (19,4%)	12/103 (11,7%)	34/103 (33%)	43/103 (41,7%)

\* (teste exacto de Fisher,  $p < 0,001$ )

Segundo a apreciação dos professores, a prevalência de perturbação psiquiátrica há mais de 12 meses (pré-tornado) é significativamente superior. Destaca-se que a maioria das perturbações existe há mais de um ano, ou seja são anteriores à vivência do acontecimento traumático, particularmente as perturbação da conduta (Quadro XLVI).

**Quadro XLVI** – Distribuição dos resultados do SDQ, pela cronicidade das dificuldades (conforme avaliado pelos professores).

		Perturbação Emocional	Perturbação da Conduta *	Perturbação de Hiperactividade	Perturbação Psiquiátrica **	Total de crianças em risco de perturbação
Cronicidade (Av. Professores)	6-12 Meses	2/17 (11,8%)	1/17 (5,9%)	2/17 (11,8%)	5/17 (29,4%)	8/17 (47,1%)
	Mais 12 Meses	6/23 (26,1%)	8/23 (34,8%)	6/23 (26,1%)	14/23 (60,9%)	14/23 (60,9%)
Total		8/40 (20%)	9/40 (22,5%)	8/40 (20%)	19/40 (47,5%)	22/40 (55%)

\* (Teste exacto de Fisher,  $p = 0,054$ )

\*\* (Qui-Quadrado,  $p < 0,05$ )

A possibilidade de ter uma perturbação psiquiátrica após o tornado é 73,2% menor nas crianças que antes do tornado não tinham perturbação psiquiátrica do que nas que já tinham perturbação. [OR 0,268 (IC 95% 0,070 – 1,021)]

A possibilidade de ter uma perturbação da conduta após o tornado é 88,3% menor nas crianças que antes do tornado não tinham perturbação da conduta do que nas que já tinham perturbação. [OR 0,117 (IC 95% 0,013 – 1,052)]

Não existe diferença estatisticamente significativa na prevalência de “muito” ou “muitíssimo” sofrimento, pela apreciação dos professores, entre as diferentes perturbações identificadas (Quadro XLVII - Apêndice 2).

A apreciação pelos professores referente à interferência das dificuldades das crianças na relação com os colegas e na aprendizagem na escola não é significativa nas perturbações identificadas (Quadro XLVIII e Quadro XLIX - Apêndice 2).

A referência à “pouca” sobrecarga para os professores/classe/turma é significativamente mais frequente nas crianças com perturbação da conduta (Quadro L).

**Quadro L** – Distribuição dos resultados do SDQ, pela sobrecarga para professores/classe/turma das dificuldades (conforme avaliado pelos professores).

		Perturbação Emocional	Perturbação da Conduta *	Perturbação de Hiperatividade	Perturbação Psiquiátrica	Total de crianças em risco de perturbação
Sobrecarga professores/classe/turma (Av. Professores)	Nada	4/20 (20%)	2/20 (10%)	4/20 (20%)	7/20 (35%)	10/20 (50%)
	Pouco	1/11 (9,1%)	6/11 (54,5%)	1/11 (9,1%)	7/11 (63,6%)	7/11 (63,6%)
	Muito	2/8 (25%)	1/8 (12,5%)	3/8 (37,5%)	4/8 (50%)	4/8 (50%)
	Muitíssimo	1/1 (100%)	0/1 (0%)	0/1 (0%)	1/1 (100%)	1/1 (100%)
Total		8/40 (20%)	9/40 (22,5%)	8/40 (20%)	19/40 (47,5%)	22/40 (55%)

\* (Teste exacto de Fisher,  $p < 0,05$ )

A percepção dos professores de um impacto de dificuldades “anormal” é superior nas crianças com perturbação emocional (Quadro LI).

**Quadro LI** – Distribuição dos resultados do SDQ, pelo impacto de dificuldades (conforme avaliado pelos professores).

Casos/total		Perturbação Emocional *	Perturbação da Conduta	Perturbação de Hiperatividade	Perturbação Psiquiátrica	Total de crianças em risco de perturbação
Impacto (Av. Professores)	“Normal”	8/87 (9,2%)	18/87 (20,7%)	8/87 (9,2%)	27/87 (31%)	34/87 (39,1%)
	“Limítrofe”	1/10 (10%)	2/10 (20%)	2/10 (20%)	3/10 (30%)	5/10 (50%)
	“Anormal”	3/6 (50%)	0/6 (0%)	2/6 (33,3%)	4/6 (66,7%)	4/6 (66,7%)
Total		12/103 (11,7%)	20/103 (19,4%)	12/103 (11,7%)	34/103 (33%)	43/103 (41,7%)

\* (Teste exacto de Fisher,  $p < 0,05$ )

Foram testados vários modelos multivariáveis de associações para avaliar os fatores associados a maior risco de perturbações/alterações do estado de saúde mental, os quais são apresentados em seguida.

Para a ocorrência de perturbação da conduta foi testado um modelo multivariável, controlando o género, idade das crianças aquando do preenchimento do SDQ pelos pais, irmãos no interior da escola no momento do tornado, família e cronicidade (avaliação pais). A possibilidade de ocorrência de perturbações da conduta é 12,03 vezes superior nos rapazes do que nas raparigas (OR 12,045; IC95% 1,959-74,045;  $p = 0,007$ ) e diminui 39,8% por cada ano de idade a mais (OR 0,602; IC95% 0,368-0,985;  $p = 0,044$ ), tem tendência para aumentar se as dificuldades existem desde há mais de 12 meses (OR 10,000; IC95% 0,762-131,282;  $p = 0,080$ ), e não aparece relação com a coabitação com os pais ou com a existência de irmão na escola na altura do tornado.

Para a ocorrência de perturbação psiquiátrica foi testado um modelo multivariável, controlando o género, a idade das crianças aquando do preenchimento do SDQ pelos pais, irmãos no interior da escola no momento do tornado e família. A possibilidade de

ocorrência de perturbações psiquiátricas, foi 2,6 vezes superior nos rapazes do que nas raparigas (OR 2,603; IC95% 1,052-6,438;  $p=0,038$ ) e diminuiu 28% por cada ano de idade a mais (OR 0,720; IC95% 0,548-0,946;  $p=0,018$ ); não parece relação com a coabitação com os pais ou com a existência de irmão na escola na altura do tornado.

Foi aplicado um modelo multivariável para a ocorrência de possíveis alterações do estado de saúde mental (definido pelo total de crianças em risco de perturbação) controlando o género, idade das crianças aquando do preenchimento do SDQ pelos pais, irmãos no interior da escola no momento do tornado e família. A possibilidade de classificação como “criança em risco de perturbação” diminuiu 24,8% por cada ano de idade a mais (OR 0,752; IC95% 0,583-0,970;  $p=0,028$ ) e não parece relação com o género, a coabitação com os pais ou com a existência de irmão na escola na altura do tornado.

Para a perturbação emocional e perturbação de hiperatividade, não foram testados modelos explicativos, uma vez que na análise univariável nenhuma variável revelou significado estatístico.

#### **3.1.3.6. Crianças cujos pais não deram consentimento para participação no estudo**

Os pais de sete crianças, todas rapazes (Quadro LII – Apêndice 3), não deram consentimento para participação no estudo. A taxa de adesão global foi de 93,6%.

À altura do acontecimento traumático a média de idade destas crianças era 5,95 anos (mínimo 3,02 e máximo 8,18); não há diferença com significado estatístico entre as crianças que participaram e as crianças que não participaram no estudo (Quadro LIII – Apêndice 3).

Das sete crianças, três frequentam o ensino pré-escolar e quatro frequentam o 1º Ciclo do Ensino Básico (Quadro LIV - Apêndice 3). A taxa de adesão por turmas variou entre 84,6% (Bibe Vermelho) e 100% (1.º Ano), não apresentando esta variação significado estatístico (Quadro LV - Apêndice 3).

Constatou-se que em duas destas crianças o pai integra o grupo de profissões “Operários, artífices e trabalhadores similares”; e os pais de três das crianças são

profissionais dos grupos “Especialidades das Profissões intelectuais e científicas”, “Pessoal dos serviços e vendedores” e “Pessoal administrativo e similares”, respectivamente. Os pais de duas das crianças estão desempregados, reformados ou desconhece-se a profissão dos mesmos (Quadro LVI - Apêndice 3).

Das profissões da mãe, em três crianças a mãe integra o grupo de profissões “Especialidades das Profissões intelectuais e científicas”; e os pais de duas das crianças são profissionais dos grupos “Pessoal dos serviços e vendedores” e “Pessoal administrativo e similares”, respectivamente. As mães de duas das crianças estão desempregadas, são domésticas ou com profissões desconhecidas (Quadro LVII - Apêndice 3).

Na análise de sensibilidade, os resultados encontrados não seriam alterados quer estes sete rapazes apresentem, todos eles ou nenhum deles, resultados da aplicação do SDQ compatíveis com risco de perturbações psiquiátricas.

#### **3.1.4. Discussão**

O SDQ constitui um instrumento importante na deteção de alterações da saúde mental nas crianças e adolescentes, sendo utilizado como instrumento de triagem de perturbações psiquiátricas na comunidade, na avaliação clínica de crianças e adolescentes e como ferramenta de investigação utilizada em estudos epidemiológicos com amostras comunitárias (GOODMAN et al, 2000a; GOODMAN, 2001; MATHAI, ANDERSON e BOURNE, 2002).

O algoritmo computadorizado parece ser moderadamente exato na previsão do tipo de perturbação numa amostra clínica, verificando-se uma elevada associação entre os diagnósticos gerados pelo SDQ e diagnósticos definidos por clínicos (GOODMAN, RENFREW e MULLICK, 2000b). Um estudo realizado na Austrália, revela que, numa amostra clínica, a associação entre os diagnósticos previstos pelo SDQ e os diagnósticos definidos pelos clínicos é estatisticamente significativa, reforçando que o SDQ “is a useful instrument to aid clinicians in diagnosis and could be used as part of the initial assessment process” (MATHAI, ANDERSON e BOURNE, 2004, p. 639).



Mathai, Anderson e Bourne (2004), no seu estudo enfatizam a utilidade do SDQ enquanto ferramenta de identificação de problemas de saúde mental em crianças e adolescentes, referindo que o instrumento poderá constituir uma mais-valia na avaliação diagnóstica/apreciação clínica realizada por enfermeiros.

O algoritmo parece ser ainda moderadamente exato na estimativa de possibilidade de presença ou ausência de perturbação numa amostra comunitária: “community screening programs based on multi-informant SDQs could potentially increase the detection of child psychiatric disorders, thereby improving access to effective treatments” (GOODMAN et al, 2000a, p. 534).

Estudos de vários países afirmaram a validade e a sensibilidade do SDQ, bem como destacam as suas propriedades psicométricas (GOODMAN et al, 2000a; GOODMAN, 2001; MATHAI, ANDERSON e BOURNE, 2002; MURIS, MEESTERS e VAN DEN BERG, 2003). Também os estudos com o SDQ realizados em Portugal “gave further evidence of the reliability and validity of this instrument” (MARZOCCHI et al, 2004, p. 43).

A extrapolação dos resultados do presente estudo para a população deve-se realizar com cautela, uma vez que a amostra não é aleatória, tendo sido o processo de amostragem por conveniência, dependente dos critérios de exclusão e da obtenção do consentimento parental (HILL e HILL, 2009). Assim, o processo amostral não garante que a amostra seja representativa, particularmente entre os rapazes, pelo que os resultados desta só se aplicam a ela própria.

Como já apresentado anteriormente, verificou-se na amostra estudada (103 crianças com idades entre os 4 e 10 anos), que a prevalência de perturbação emocional era 11,7% (12), de perturbação da conduta 19,4% (20), de perturbação de hiperatividade 11,7% (12) e a prevalência de perturbação psiquiátrica (integra uma ou mais das categorias: perturbação emocional, perturbação da conduta e perturbação de hiperatividade) era 33% (34). No total, a prevalência de crianças com possíveis alterações do estado de saúde mental era 41,7% (43), 33% (34) crianças apresentavam perturbações previstas pelo algoritmo do SDQ – perturbação psiquiátrica e 8,7% (9) crianças apresentavam pontuações totais de dificuldades para o SDQ - Versão de Pais ou SDQ – Versão de Professores dentro dos valores “limítrofes” ou valores “anormais”, sem qualquer diagnóstico previsto pelo algoritmo associado.

Constatou-se na literatura uma escassez de estudos de prevalência de perturbações psiquiátricas na infância, em amostras comunitárias europeias. Desta forma, os estudos de prevalência mencionados a seguir, para além de se referirem a amostras de crianças com faixas etárias diferentes, utilizaram ainda metodologias de avaliação diferentes, o que poderá justificar as diferenças encontradas na prevalência de perturbações psiquiátricas.

Fombonne (1994), numa amostra de 2441 crianças francesas entre os oito e onze anos de idade constatou uma prevalência de perturbação psiquiátrica de 12,4%, especificamente, 6,5% de prevalência de perturbação da conduta e 5,9% de prevalência de perturbação emocional.

Peterson et al (2006) referem que numa amostra de 751 crianças dinamarquesas entre os oito e nove anos, a taxa de prevalência de perturbação psiquiátrica era 11,8%, sendo a perturbação de hiperatividade e défice de atenção (PHDA) a que apresentava uma maior prevalência.

Linna e Moilanen (1994), numa amostra de 1100 crianças do norte da Finlândia com oito anos de idade verificaram uma prevalência de perturbação psiquiátrica de 25,2%, dados que são mais semelhantes à prevalência de perturbação psiquiátrica obtida no presente estudo, embora com diferenças na metodologia utilizada e faixa etária estudada.

Almqvist et al (1999), numa amostra de 5813 crianças finlandesas com idades entre os oito e nove anos (2941 rapazes e 2872 raparigas) relataram que a prevalência de perturbação psiquiátrica era 21,8%, dados que são próximos da prevalência de perturbação psiquiátrica obtida no presente estudo, embora com diferenças na metodologia utilizada e faixa etária estudada. No estudo referido, a prevalência estimada, referente a alguns dos grupos de diagnóstico mais comuns, de acordo com o DSM-III-R era: perturbação depressiva 6,2%; PHDA 7,1% e perturbação da conduta 4,7%.

Ford, Goodman e Meltzer (2003), numa amostra de 10438 crianças e adolescentes britânicos com idades compreendidas entre os 5 e 15 anos, constataram uma prevalência de perturbações psiquiátricas de 9,5%; em crianças com idades entre os 5 e 7 anos (2964) a prevalência era de 7,8% e em crianças com idades entre os 8 e 10 anos (2949) a prevalência era de 8,6%.

Da pesquisa realizada foram ainda encontrados dois artigos sobre estudos de prevalência de perturbações psiquiátricas realizados no Brasil e na Nigéria, utilizando também metodologias diferentes e com amostras de faixas etárias diferentes das do presente estudo.

Fleitlich-Bilyk e Goodman (2004), numa amostra de 1251 crianças e adolescentes do sudeste do Brasil, com idades entre os sete e catorze anos, verificaram uma prevalência de 12,7% de perturbações psiquiátricas. Na referida amostra, a prevalência de perturbação psiquiátrica nas crianças com idades entre os 7 e 10 anos foi de 12,5%, a prevalência de PHDA 2,7% e a prevalência de perturbação da conduta 7,7%.

Gureje et al (1994), em crianças e adolescentes nigerianos entre os 7 e 14 anos constataram uma prevalência de perturbação psiquiátrica de 19,6%, apresentando as perturbações da conduta a maior prevalência (6,1%).

Como já foi referido anteriormente, a diferença encontrada na prevalência de perturbações psiquiátricas, entre estudos e em relação ao presente estudo, poderá ser justificada pela utilização de metodologias de avaliação diferentes e de amostras com faixas etárias diferentes, assim como pelos fatores culturais, sociais e económicos.

Utilizando o SDQ – Versão de Pais com Suplemento de Impacto, o SDQ - Versão de Professores com Suplemento de Impacto e o SDQ – Versão de Auto-Avaliação com Suplemento de Impacto (aplicado a crianças com mais de 11 anos) como instrumento de colheita de dados, Goodman et al (2000a) numa amostra de 7984 crianças e adolescentes britânicos entre os 5 e 15 anos de idade, verificaram uma prevalência de perturbação psiquiátrica (agrupadas as classificações “possível” e “provável”) de 29,9%, resultado semelhante ao obtido no presente estudo, em que a prevalência das perturbações psiquiátricas foi de 33%, embora a faixa etária seja inferior à do estudo de Goodman et al (2000a), e no presente estudo não tenha sido aplicado o SDQ – Versão de Auto-Avaliação com Suplemento de Impacto.

A hipótese “a prevalência de perturbações é maior nos rapazes” confirma-se. Nos resultados apresentados, a possibilidade de perturbação psiquiátrica é 2,7 vezes superior no género masculino. Este resultado é consistente com os dos vários estudos mencionados anteriormente, as quais referem que a prevalência de perturbação

psiquiátrica é superior nos rapazes do que nas raparigas (FOMBONNE, 1994; LINNA e MOILANEN, 1994; ALMQVIST et al, 1999; GOODMAN et al, 2000a; FORD, GOODMAN e MELTZER, 2003; FLEITLICH-BILYK e GOODMAN, 2004; PETERSON et al, 2006).

Especificamente, a prevalência de perturbação da conduta é significativamente superior nos rapazes do que nas raparigas. Nos resultados apresentados, a possibilidade de perturbação da conduta é dez vezes superior no género masculino. Este resultado corresponde ao exposto no ICD-10 (International Classification of Diseases) “conduct disorder (...) is more commonly noted in boys.” (p. 209). Também os vários estudos mencionados anteriormente evidenciam uma maior prevalência de perturbação da conduta nos rapazes (FOMBONNE, 1994; ALMQVIST et al, 1999; FLEITLICH-BILYK e GOODMAN, 2004).

A hipótese “as perturbações associam-se a “muito” sofrimento da criança” confirma-se no que diz respeito à apreciação realizada pelos pais, verificando-se ainda que somente as crianças com perturbação da conduta não apresentam “muito” sofrimento. Os pais apresentam maior dificuldade em associar sofrimento das crianças a comportamentos agressivos, estando aparentemente integrado por muitos pais que estes provocam sim sofrimento ao outro pela agressividade dirigida, não sendo entendido a sua agressividade e comportamento como forma de expressar o seu mal-estar e sofrimento interno. Estes resultados são inconsistentes com a apreciação efetuada pelos professores, na qual se constatou que não existe diferença estatisticamente significativa na prevalência de “muito” ou “muitíssimo” sofrimento entre as diferentes perturbações identificadas.

A hipótese “as dificuldades apresentadas pelas crianças com perturbação sobrecarregam “muito” as famílias e a escola” confirma-se no que se refere à apreciação efetuada pelos pais, constatando-se referência à “muita” sobrecarga para pais e família nas perturbações psiquiátricas, especificamente nas crianças com perturbação emocional. Estes dados são inconsistentes com a apreciação realizada pelos professores na qual se verificou que a referência à “pouca” sobrecarga para os professores/classe/turma é significativamente mais frequente nas crianças com perturbação da conduta. Provavelmente numa amostra mais alargada os resultados poderiam ser diferentes, se tivermos em conta a interferência que as crianças com perturbação da conduta alegadamente provocam em contexto de sala de aula.

Constatou-se também que as dificuldades que as crianças com as restantes perturbações e alterações do estado de saúde mental apresentam, sobrecarregam “pouco” ou “nada” os professores/classe/turma (prevalência não confirmada estatisticamente), resultados inconsistentes com a apreciação realizada pelos pais.

A hipótese “A prevalência de perturbações do estado de saúde mental em crianças do pré-escolar e do 1.º ciclo do Jardim Escola João de Deus após a vivência de um tornado a 7/12/2010 é superior à esperada” não se confirma, uma vez que se verificou, através da apreciação dos pais e apreciação dos professores em relação à cronicidade, que a maioria das crianças com possíveis alterações no estado de saúde mental apresentam-nas há mais de um ano, ou seja, são anteriores à vivência do tornado, isto verifica-se particularmente nas perturbações da conduta, cuja prevalência é significativamente superior. A possibilidade de ter uma perturbação da conduta após o tornado é 89,6% menor nas crianças que antes do tornado não tinham perturbação da conduta do que nas que já tinham perturbação, pela avaliação dos pais, e de 88,3% pela avaliação dos professores, estando estas crianças menos vulneráveis a desencadear uma perturbação de conduta quando vivenciam um acontecimento traumático como um tornado.

Constatou-se pela apreciação dos professores que a possibilidade de ter uma perturbação psiquiátrica após o tornado é 73,2% menor nas crianças que antes do tornado não tinham perturbação psiquiátrica do que nas que já tinham perturbação. Segundo a apreciação dos pais uma parte significativa dos casos de perturbação emocional e de perturbação de hiperatividade existem há 6-12 meses (coincidindo com o período imediato após o tornado), embora sem diferença estatisticamente significativa.

Embora os estudos com vítimas de catástrofes naturais revelem uma taxa elevada de perturbações mentais pós-catástrofe (OMS, 2001), na amostra estudada tal não se verificou, justificado possivelmente por fatores importantes no desenvolvimento e intensidade dos sintomas após um acontecimento traumático: a natureza do trauma, o grau em que a integridade corporal é ameaçada, a ameaça representada pelo acontecimento para o sistema de *self*, experiências pessoais, as respostas dos pais ao acontecimento traumático e a natureza do apoio da família (STUART e LARAIA, 2001; ZOTTI et al, 2006; BAGGERLY e EXUM, 2008).

Os dados revelam que nenhuma criança tinha patologia psiquiátrica diagnosticada ou era acompanhada em consulta de pedopsiquiatria à data do tornado, mas verificamos que após avaliação utilizando o SDQ são identificadas 41,7% (43) de crianças que apresentam possíveis alterações do estado de saúde mental, a maioria prévias ao tornado, principalmente as perturbações da conduta. Goodman (1999, p. 798) sugere que a sobrecarga “that a young person's mental health problems imposes on the family is a powerful predictor of whether the individual will be referred to services for children and adolescents with emotional and behavioural problems”. Contudo, verifica-se quer na percepção dos pais quer na dos professores que as dificuldades das crianças que apresentam perturbações da conduta sobrecarregam “pouco” ou “nada”, o que eventualmente determinou uma não referenciação das crianças. Relativamente, aos casos de perturbações que já existiam antes do tornado, especificamente as perturbações emocionais, cujas dificuldades apresentadas pelas crianças sobrecarregam “muito” a família, é provável que tenha havido subvalorização pelos pais, o que poderá estar na origem da não referenciação das crianças.

Desta forma, a não referenciação faz com que as crianças não recebam acompanhamento e tratamento adequado, o que reporta ao mencionado pela Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2009) que refere que de, entre as crianças que apresentam perturbações psiquiátricas, apenas 1/5 recebe tratamento apropriado.

Os resultados da apreciação pelos pais e professores sobre a interferência das dificuldades das crianças na relação com os colegas e na aprendizagem na escola são inconsistentes. Segundo a apreciação dos pais, a interferência das dificuldades das crianças na relação com os colegas é particularmente mais grave nas crianças com perturbação emocional; a interferência na aprendizagem escolar é principalmente mais grave nas crianças com perturbação psiquiátrica, especificamente com perturbação emocional e perturbação da hiperatividade. Pelo contrário, a apreciação pelos professores referente à interferência das dificuldades das crianças na relação com os colegas e na aprendizagem na escola não é significativa nas perturbações identificadas.

As inconsistências de apreciação entre pais e professores, verificadas ao longo da discussão, remetem-nos à diferença de comportamento da criança em contexto escolar e no seio familiar, bem como à subjetividade da percepção dos pais e professores, que está

imbuída pela suscetibilidade provocada pela vivência do tornado, encontrando-se os pais e professores mais despertos na identificação dos problemas emocionais e comportamentais desencadeados pela vivência do mesmo.

Goodman et al (2000a, p.538) refere que “overall, parents and teachers provide information of roughly equal predictive value. Thus information from parents is slightly more useful for detecting emotional disorders while information from teachers is slightly more useful for detecting conduct and hyperactivity disorders”, dadas as diferenças de comportamento da criança em contexto escolar e no seio familiar.

O algoritmo computadorizado estima a possibilidade de diagnósticos em saúde mental, através das pontuações da escala de sintomas emocionais, da escala de problemas do comportamento e da escala de hiperatividade, e através da pontuação de impacto (somatório do sofrimento global e dificuldades sociais) dos questionários com suplemento de impacto preenchidos por pais e professores. É assim possível perceber que a apreciação pelos pais da interferência das dificuldades das crianças no dia a dia em casa e nas brincadeiras/tempos livres é com maior frequência mais grave nas crianças com perturbação emocional.

Os resultados revelam que a perceção pelos pais do impacto de dificuldades (somatório do sofrimento global e dificuldades sociais) de dificuldades “anormal” foi superior nas crianças que apresentam alterações em saúde mental e com perturbação psiquiátrica, mais especificamente com perturbação emocional e perturbação de hiperatividade. Estes resultados são consistentes com a avaliação do sofrimento global e das dificuldades sociais realizada pelos pais.

A perceção dos professores de um impacto de dificuldades (somatório do sofrimento global e dificuldades sociais) de dificuldades “anormal” foi superior nas crianças com perturbação emocional, consistente com os resultados da apreciação dos pais.

Constatou-se que a prevalência de perturbações da conduta foi significativamente superior nas crianças do pré-escolar do que nas crianças do 1.º ciclo. Por cada ano de idade a mais, no momento do tornado, a possibilidade de ter uma perturbação da conduta reduz em 37,4%. De acordo com o exposto pela Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007) tem-se verificado nos últimos anos

um aumento da frequência de perturbações do comportamento em crianças cada vez mais novas. As crianças mais velhas apresentam uma maior capacidade de resiliência, de modelar seu comportamento, maior acesso à palavra, o que também poderá justificar a superior prevalência de perturbações da conduta nas crianças do pré-escolar.

Embora nas entrevistas de grupo não estruturadas tenha sido descrito pelos professores que um número significativo de crianças apresentaram durante o tornado uma grande preocupação em relação aos irmãos que se encontravam também no interior da escola, não se encontrou diferença significativa na prevalência de perturbações/alterações do estado de saúde mental em relação a este dado.

Verificou-se que os modelos multivariáveis testados para a ocorrência de perturbação da conduta, perturbação psiquiátrica e total de crianças em risco de perturbação são consistentes com os resultados da análise univariável.

Desconhece-se se as sete crianças que não integraram o estudo porque os pais não o consentiram apresentavam alterações do estado de saúde mental. Sabe-se que todas são rapazes e três frequentam o ensino pré-escolar. Na análise de sensibilidade, os resultados encontrados não seriam alterados em qualquer dos cenários extremos de que estes sete rapazes apresentem, todos eles ou nenhum deles, perturbações.

Com este projeto de investigação foram alcançados os objetivos propostos, obtendo-se resposta à questão de investigação formulada.

Na amostra estudada, não se confirma que a vivência de um tornado por crianças do pré-escolar e do 1.º ciclo do Jardim Escola João de Deus tenha uma relação causa-efeito com alterações do estado de saúde mental das crianças.



## 3.2. Estágio Hospitalar

### 3.2.1. Objetivos e Finalidades

O estágio hospitalar decorreu na Unidade de Internamento da Área de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do HDE, CHLC, entre 3 de Janeiro a 17 de Fevereiro. Teve como objetivo:

- ✓ Desenvolver competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental à criança e adolescente com situação psicopatológica aguda e sub-aguda<sup>7</sup>, e sua família.

### 3.2.2. Prática clínica desenvolvida

A realização do Estágio Hospitalar no meu local de trabalho provocou-me numa fase inicial algumas dúvidas. No entanto, pretendi que este estágio constituísse um espaço para analisar aspetos da minha prática clínica que me inquietavam e suscitavam dúvidas, numa perspetiva de desenvolvimento e continuidade, possibilitando-me prestar cuidados mais diferenciados e especializados.

A Unidade de Internamento da Área de Psiquiatria da Infância e da Adolescência tem uma lotação de 10 camas para internamento de crianças e adolescentes até aos 18 anos (exclusive), com situações psicopatológicas agudas e sub-agudas e com exclusão das situações de toxicodependência e delinquência, residentes na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Regiões de Saúde do Alentejo e Algarve e Regiões Autónomas (ALMEIDA, FERREIRA e NABAIS, 2010).

Nesta Unidade favorece-se uma intervenção multidisciplinar, o desenvolvimento da “milieu therapy” – criação e manutenção de um ambiente terapêutico<sup>8</sup>, a terapia farmacológica, intervenção terapêutica individual, de grupo e familiar, e intervenções a nível pedagógico

---

<sup>7</sup> As situações psicopatológicas agudas e sub-agudas incluem situações de grande desorganização psíquica e que colocam em risco a vida da criança, adolescente e família, e que pela sua gravidade não existem respostas em contexto de ambulatório; situações clínicas em que é necessário um esclarecimento de diagnóstico; e situações cujo contexto sociofamiliar é disfuncional ou existe uma ausência de rede social.

<sup>8</sup> Segundo Townsend (2009, p. 201) na área da saúde mental “o objectivo da *milieu therapy* é manipular o ambiente de modo a que todos os aspectos da experiência hospitalar do cliente sejam considerados terapêuticos”. As características do ambiente terapêutico estão relacionadas com o seu clima socio-emocional e com a sua estrutura física (Taylor, 1992). O enfermeiro como membro da equipa multidisciplinar que está 24 horas por dia com as crianças/adolescentes assume um papel fulcral na gestão do ambiente terapêutico na unidade de internamento.

e social. É definido um projeto terapêutico personalizado pela equipa multidisciplinar, o qual é negociado com a criança/adolescente e família, e revisto e reavaliado no âmbito das reuniões clínicas multidisciplinares realizadas diariamente (ALMEIDA, FERREIRA e NABAIS, 2010). Preconiza-se que o tempo de internamento seja o mínimo necessário para uma intervenção terapêutica em crise<sup>9</sup>.

Na Unidade de Internamento é utilizado o método de trabalho por enfermeiro responsável, preconizando-se que o enfermeiro seja um elemento de referência na organização, definição, implementação e avaliação do projeto terapêutico personalizado. Gostaria de salientar que a articulação com a equipa multidisciplinar e a discussão de casos realizada diariamente nas reuniões clínicas multidisciplinares constituíram-se como momentos importantes na minha aprendizagem, desenvolvimento e consolidação de competências, tal como os momentos de supervisão com o orientador de estágio dado que me permitiram refletir sobre as minhas dúvidas e dificuldades na definição e implementação dos planos de cuidados em saúde mental.

Desta forma, ao longo deste estágio fui enfermeira de referência de dois adolescentes em sofrimento mental consequente das respostas humanas desadaptadas às transições de saúde/doença que se encontravam a viver. Estes dois adolescentes encontravam-se a viver em simultâneo uma transição de desenvolvimento. As transições que são vividas em simultâneo requerem particular atenção dos enfermeiros pela vulnerabilidade<sup>10</sup> acrescida que condicionam no cliente (CHICK e MELEIS, 1986; SCHUMACHER e MELEIS, 1994). Estes processos de transição requerem cuidados em enfermagem de saúde mental que facilitem os mesmos, com vista a que estes adolescentes alcancem respostas mais adaptadas e saudáveis, proporcionando assim maior estabilidade e bem-estar.

---

<sup>9</sup> No decurso da sua vida, a pessoa é confrontada com os seus limites pessoais e obstáculos do meio/ambiente, desenvolvendo estratégias de adaptação para ultrapassá-los; se não conseguir encontrar recursos, em si ou no meio, que a ajudem a enfrentá-los, viverá um período de maior ou menor desorganização, em função da percepção e dos efeitos do estímulo stressante, surgindo assim a crise (CHALIFOUR, 2009). Existe um "significado dual atribuído à crise: um negativo, onde a crise é percebida como destruição patológica de um equilíbrio preexistente ou, perigoso desvio de um estado conhecido de normalidade; a outra positiva, onde a crise é percebida como dor perante algo, por vezes a necessidade obscura de crescer, de tender para um maior equilíbrio." (CHALIFOUR, 2009, p. 183).

<sup>10</sup> Segundo Meleis et al (2000) a vulnerabilidade é um processo dinâmico e multidimensional no qual se estabelece uma interação entre as características pessoais, circunstâncias sociais e ambientais. Enquanto condição do ser humano pode ser agravada pela vivência do processo de transição, expondo o cliente a um potencial perigo, a uma recuperação problemática, ou a um processo de adaptação desajustado ou demorado.

Em seguida apresentarei as situações clínicas dos dois adolescentes a quem prestei cuidados enquanto enfermeira de referência centrando a minha reflexão nas competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental.

Começarei pelo caso do R. um adolescente de 13 anos de idade cujo motivo de internamento foram ideias recorrentes de autodestrutividade na sequência de *bullying* na escola, desde há um ano. Foi referido pelo R. que há um ano foi agredido e ameaçado por um dos seus pares. Desde essa altura, ocasionalmente, verbalizava ideias de autodestrutividade. No corrente ano letivo, o agressor teria pedido a um outro jovem para agredir o R., sendo que desde o referido episódio (alguns dias antes do internamento) o R. recusava ir à escola, apresentando uma ideação suicida mantida. Referia que queria morrer porque não queria regressar à escola, verbalizando no dia em que a mãe o trouxe à urgência que quando a mãe fosse dormir se matava.

No momento do acolhimento do R. à Unidade de Internamento realizei uma entrevista de colheita de dados que teve como objetivo geral, colher informações precisas de forma a compreender os problemas de saúde e o contexto no qual se situam, identificar necessidades específicas do R. e família, realizar uma avaliação do estado mental e da interação deste adolescente e família. Esta avaliação inicial procurou avaliar o adolescente nas suas várias dimensões (individual, familiar, socio-escolar, etc.). A avaliação não se encerrou neste momento, ocorrendo ao longo de todo o internamento com o objetivo de avaliar as intervenções de enfermagem implementadas, identificar novas necessidades, os resultados esperados e planificar novas intervenções, tendo em conta os diagnósticos em enfermagem de saúde mental formulados.<sup>11</sup>

O acolhimento constitui ainda um momento importante na medida em que é durante o mesmo que se começa a estruturar a relação terapêutica, sendo essencial que comecem a ser criados laços de confiança recíproca com o adolescente e seja demonstrado interesse por aquilo que o adolescente é, sente e pensa. Como já mencionei no capítulo anterior a relação terapêutica suportada por conhecimentos científicos, técnicos e éticos, que se desenvolve entre o enfermeiro e o adolescente ocupa um lugar fulcral na prática

---

<sup>11</sup> Unidade de competência F 3.1. - *estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade*; critério de avaliação F 3.2.2. - *identifica, descreve e monitoriza os resultados clínicos individualizados para o cliente e relacionados com o comportamento para determinar a efectividade do plano de cuidados e ganhos em saúde*; e unidade de competência F3.4. - *realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados*.

de cuidados de enfermagem em saúde mental dado que transporta em si, o conjunto das intencionalidades que o processo de cuidados implica. Trata-se de estabelecer uma relação terapêutica que tenha por base a confiança, autenticidade, empatia e respeito e a qual permite o aproximar à realidade do adolescente, promover o seu auto-conhecimento e desenvolvimento pessoal, ajudá-lo a compreender o que lhe está a acontecer e o sentido que dá às suas vivências, ajudá-lo a identificar e mobilizar os seus recursos internos e externos, essenciais ao seu processo de reabilitação e superação da crise.

A entrevista de colheita de dados foi realizada com o R. e a mãe. Durante a mesma foi possível perceber que a mãe apresentava estados de ansiedade que foram avaliados no momento de separação do filho. Em relação à sua história de saúde é acompanhada em consulta de psiquiatria por perturbação do humor/ansiedade, luto patológico do filho mais velho (morreu com 4 anos de idade com “febre carraça” (sic) tendo engravidado após um mês do R. a quem deu o nome do irmão que faleceu). Durante a referida entrevista foi possível colher alguma informação sobre os antecedentes pessoais e familiares do R., mas a mãe nunca clarificou porque é que este adolescente era acompanhado em consulta de pedopsiquiatria.

O R. vive com a mãe e duas irmãs (11 e 7 anos). Os pais estão separados há cerca de 1 ano e meio, mantendo contacto regular com o pai. Frequenta o 7.º ano de escolaridade, necessitando de apoio escolar nas disciplinas que tem mais dificuldade. Pai está reformado e é acompanhado desde há 6 anos em consulta de psiquiatria “por perturbação esquizoafectiva (?) e abuso de substâncias” (sic). Tio materno aparentemente com antecedentes de doença psiquiátrica (mãe não soube especificar). Mãe é doméstica “para tomar conta dos meus filhos” (sic).

Através do contacto com a pedopsiquiatra assistente foi possível colher informação relevante sobre o R. e família. A situação socioeconómica da família era muito precária tendo o pai feito várias dívidas. Em consequência a família foi ameaçada fisicamente pelos agiotas tendo sido necessária proteção policial, iniciando o R. e as irmãs um quadro de ansiedade e insónia que motivou a sua referência há cerca de 1 ano à consulta de pedopsiquiatria. No contacto com a médica assistente esta referiu não ter conhecimento de que o R. teria sido vítima de *bullying*.

Na observação inicial o R. apresentava-se aparentemente orientado no tempo e no espaço, fáceis triste, humor aparentemente deprimido, contacto inibido comunicando apenas quando interpelado apresentando discurso coerente e organizado, não se apurando alterações da forma e conteúdo do pensamento e alterações da percepção.

Manteve nos primeiros dias de internamento um exame do estado mental sobreponível com o descrito anteriormente, mantendo ideação suicida que negava aos técnicos mas verbalizava à mãe.

Inicialmente, em momentos de intervenção psicoterapêutica individual negava ideação suicida referindo “eu já não penso em matar-me. Já sei que posso voltar à escola porque a professora disse à minha mãe que o outro menino está arrependido (...) já sei que quando voltar a acontecer tenho de pedir ajuda” (sic), apresentando uma expressão emocional por vezes incoerente com o discurso. O R. evitava numa fase inicial abordar porque era acompanhado em consulta de pedopsiquiatria, procurando transmitir que nunca existiram conflitos no seio familiar, centrando sempre a sua problemática nas ameaças de que teria sido vítima em contexto escolar, referindo que o agressor tinha 17 anos e teriam existido vários episódios de agressividade e ameaças com facas, mas a descrição destes episódios era pouco clara. Apresentava grande dificuldade em explicar o que terá acontecido no dia em que foi internado, referindo que quando pensou no regresso à escola pensou que o outro adolescente lhe podia fazer mal, o podia matar, desvalorizando em seguida os seus medos e receios.

Era um adolescente que interagia pouco com o grupo e recusava participar ou participava com pouco interesse nas atividades terapêuticas propostas, nas quais através da utilização de diferentes mediadores da relação procurei promover a exteriorização do conflito interno, que experimentasse novas formas de expressão, identificasse novas formas de compreender o problema, e construísse novas estratégias para resolução dos problemas e gestão dos conflitos.<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> Critérios de avaliação F4.2.1. – implementa intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas, individuais, familiares ou de grupo, centradas nas respostas humanas aos processos de saúde/doença mental e às transições; F4.2.2. – utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que aumentam o “insight” do cliente, permitindo elaborar novas razões para o problema; F4.2.3. - utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que facilitem respostas adaptativas que permitam ao cliente recuperar a sua saúde mental; F4.2.5. - utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que permitam ao cliente libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes.

O R. após a fase inicial de internamento, num dos momentos de intervenção psicoterapêutica individual verbalizou que iniciou acompanhamento em consulta de pedopsiquiatria porque se sentia “nervoso (...) ainda não consegui falar sobre isso porque tenho vergonha. (...). O meu pai consumia droga e fez muitas dívidas com uns ciganos que me espiavam na minha escola (...) a minha mãe pediu ajuda à polícia e enquanto vigiavam a escola eu sentia-me mais seguro. Foi a minha mãe que pagou as dívidas todas que o meu pai fez. (...) Senti-me muito zangado com o meu pai naquela altura mas depois percebi que ele está doente.” (sic) Referiu ainda que quando está preocupado ou tem algum problema a mãe e os amigos constituem um recurso. Verbalizou que não gosta de se zangar porque tem receio que os outros deixem de gostar dele, e que quando o provocam na escola fica muito assustado. Negou ideação suicida referindo “já percebi que quando morremos acaba tudo (...) eu quero ter a minha família e ser engenheiro informático” (sic).

Gradualmente, na interação com os pares consegue impor limites e verbalizar o seu mal-estar face aos comportamentos provocadores e mais intrusivos dos mesmos, conseguindo adotar estratégias para gerir os conflitos e expressar a sua zanga.

As intervenções psicoterapêuticas realizadas com o R. tiveram como objetivo explorar as razões da tentativa de suicídio; identificar fatores precipitantes e potenciadores de crise; ajudá-lo a tomar consciência dos seus sentimentos, medos e receios, ajudando-o a identificá-los e a expressá-los de forma ajustada; ajudar na identificação de estratégias eficazes para lidar com os problemas e gerir conflitos; ajudá-lo a identificar as suas capacidades, potencialidades e aspetos positivos permitindo uma identificação dos recursos de que dispõe; e ajudá-lo a identificar uma rede de suporte. As intervenções realizadas tiveram ainda como objetivo definir com o adolescente um projeto de vida, ajudando-o a estabelecer novos objetivos, a identificar novos desafios os quais irão dar um novo significado à sua vida.<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> Critérios de avaliação F 3.4.1. - *concebe estratégias de empoderamento que permitam o cliente desenvolver conhecimentos, capacidades e factores de protecção, de forma a eliminar ou reduzir o risco de perturbação mental*; F 3.4.5. - *elabora e implementa o plano de cuidados a desenvolver com o cliente de forma a: aumentar e manter as suas competências e capacidades, diminuindo o risco; manter e promover a integração familiar, social e profissional das pessoas com perturbação mental, diminuindo a exclusão social; promover e reforçar as capacidades das famílias*; F4.2.1. - *implementa intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas, individuais, familiares ou de grupo, centradas nas respostas humanas aos processos de saúde/doença mental e às transições*; F4.2.2. - *utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que aumentam o “insight” do cliente, permitindo elaborar novas razões para o problema*; F4.2.3. - *utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que facilitem respostas adaptativas que permitam ao cliente recuperar a sua saúde mental*; e F4.2.5. - *utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que permitam ao cliente libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes*.

Nos primeiros dias de internamento, durante as visitas apresentava-se lábil, discurso circular em torno da alta, grande preocupação face às despesas extra que a família estava a ter para o poder vir visitar à unidade. A mãe do R. apresentava nestes momentos grande dificuldade em conter a ansiedade do filho, optando por comportamentos mais infantis e de maior dependência. O pai adotava um comportamento passivo, interagindo apenas com o R. e técnicos quando interpelado.

Face à grande preocupação verbalizada pelo R. em relação aos gastos realizados para o poderem visitar e à situação económica da família foi contactada a assistente social do hospital no sentido de pedir apoio para o pagamento dos transportes uma vez que o R. vivia a cerca de 150 km. No entanto, tal apoio não foi possível pelo que foi necessário negociar com a mãe a realização de visitas à quarta-feira e no fim-de-semana (ficava a dormir em casa de um familiar), apresentando a mãe inicialmente grande rigidez e vulnerabilidade, verbalizando que não conseguiria “ficar longe” (sic) do R. e comunicar ao mesmo o que tinha sido decidido, apresentando-se muito fragilizada. Neste momento de intervenção familiar foi promovida escuta ativa, bem como trabalhadas as questões da separação e autonomização. Estas questões foram ainda trabalhadas com o R. em momento de intervenção individual e posteriormente em conjunto com a mãe.<sup>14</sup>

Foi essencial ajudar o R. e a mãe a perceber o sentido terapêutico da separação promovida pelo internamento, tomando consciência das consequências da separação no domínio relacional e dos movimentos internos importantes nesta etapa do desenvolvimento.

Um aspeto consensual a nível teórico e empírico é de que a singularidade da adolescência enquanto etapa de desenvolvimento passa nomeadamente pela forma como o adolescente se posiciona em relação às seguintes tarefas do desenvolvimento: alteração da relação com os pais; alteração da relação com os pares e formação da identidade (LAUFER, 2000). O adolescente deverá então gradualmente caminhar em direção à autonomia, abandonando a posição de dependência face à família. O luto face aos imagos parentais é essencial para que se estabeleçam novas relações. O adolescente necessita de abandonar também a idealização parental característica da infância de forma a construir a sua identidade. “Através da necessidade de se separar, o

---

<sup>14</sup> Critério de avaliação F4.2.1. – *implementa intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas, individuais, familiares ou de grupo, centradas nas respostas humanas aos processos de saúde/doença mental e às transições;*

adolescente está à procura dos seus “limites”, limites corporais (nas suas necessidades fisiológicas, na maneira de se vestir, nas suas realizações físicas), limites intelectuais e limites sociais.” (MARCELLI e BRACONNIER, 2000, p. 65).

É este vínculo fusional que une pais e filho que na adolescência por vezes desencadeia sintomatologia psicopatológica. O movimento de separação/individuação implica uma reorganização familiar que muitas vezes não é suportável, pelo que o internamento funciona como um “espaço” que permite e confirma a individualidade do adolescente permitindo-lhe reorganizar o seu mundo interior, e em que é possível vivenciar e construir um novo modelo relacional com os adultos e outros adolescentes. É também necessário valorizar e reforçar os pais e adolescente nos seus papéis, reforçando os “recursos” saudáveis do adolescente e família. A intervenção individual com a família deste adolescente constituiu-se também como fundamental por fornecer suporte emocional essencial para a vivência da situação de crise.

Foi realizada ainda uma articulação com a diretora da escola do R., tendo-se realizado uma reunião com o adolescente, a diretora da escola e a mãe com o objetivo de clarificar a situação escolar do R. e os episódios de *bullying* relatados, bem como estabelecer um plano pós-alta<sup>15</sup>. Foi clarificado durante a reunião que há cerca de um ano o R. foi ameaçado por um colega que tem 14 anos e nessa altura a equipa docente interveio e reuniu com a mãe. Em relação ao episódio atual percebeu-se que o referido colega fez algumas ameaças em contexto de intervalo, mas que as mesmas não eram dirigidas ao R. Ao longo da reunião foram ainda reforçadas as estratégias a utilizar na gestão de conflitos e reforçada a importância de o R. conseguir expressar os seus medos e pedir ajuda.

Foi reforçada a importância de o R. integrar atividades extra-curriculares, bem como de manter o apoio escolar nas disciplinas que apresenta mais dificuldade. Abordada a possibilidade de o adolescente ingressar no futebol (grupo desportivo da freguesia) e no judo (atividades extracurriculares já previamente referidas pelo adolescente), sendo que a avó materna ajudará economicamente no pagamento desta atividade. A integração do R.

---

<sup>15</sup> Critério de avaliação 3.4.5. - *elabora e implementa o plano de cuidados a desenvolver com o cliente de forma a: aumentar e manter as suas competências e capacidades, diminuindo o risco; manter e promover a integração familiar, social e profissional das pessoas com perturbação mental, diminuindo a exclusão social; promover e reforçar as capacidades das famílias.*



nestas atividades é essencial de forma a facilitar as tarefas de desenvolvimento inerentes à adolescência e a proporcionar a realização de atividades que lhe promovam bem-estar.

Logo que a situação clínica do adolescente se encontre mais estável deverão ser implementadas intervenções que promovam o regresso à vida quotidiana, o retomar das relações familiares e sociais, o que contribui para uma preparação da alta, através por exemplo, de licenças de ensaio ao exterior (o adolescente sai com os pais por períodos de tempo estabelecidos). O R. realizou uma licença de ensaio de quatro dias, com reintegração na escola (dois dias). Realizada novamente articulação com a diretora da escola antes e após a licença de ensaio. Tanto R. e a mãe como a diretora da escola referiram que a licença de ensaio decorreu sem intercorrências tanto em casa como em contexto escolar.

Outro dos adolescentes que acompanhei foi a V., uma adolescente de 16 anos que foi internada na Unidade de Internamento para esclarecimento de diagnóstico, estabilização do quadro clínico e reajuste terapêutico.

A V. era acompanhada há 4 meses em consulta de pedopsiquiatria por quadro de anedonia, isolamento social, grande perplexidade em relação ao meio (“sentia que alguma coisa tinha mudado mas não sabia dizer o quê”), grande culpabilidade por ter chumbado o ano letivo e ter realizado consumos pontuais de canabinóides. Eram descritos vários episódios de ansiedade, surgindo vários medos difíceis de mobilizar, referindo que tinha medo que fizessem mal a si ou à mãe. Aparentemente apresentava alterações da perceção (buzinas de carros que não existiam, vozes de pessoas fora de casa), permanecendo segundo a mãe sempre tensa e em alerta, e a espreitar através das janelas para o exterior. Referia que sentia que a televisão transmitia uma mensagem destinada a si. Também referia a sensação de que pessoas estranhas falavam sobre ela, embora de forma pouco estruturada. Apresentava ainda nesta altura insónia persistente (que já tinha revertido aquando do internamento), bloqueios de pensamento, humor aparentemente deprimido e dificuldades na memória a curto prazo (“diziam-me uma coisa e eu compreendia, mas depois já não sabia o que me tinham dito”). Era descrito pela médica assistente fraca valorização das queixas pelos pais o que dificultava a adesão ao regime terapêutico.

No momento do acolhimento da V. à Unidade de Internamento foi realizada uma entrevista de colheita de dados com a adolescente e os pais, que teve os objetivos já mencionados anteriormente, quando abordei a importância da entrevista de colheita de dados e da avaliação inicial.<sup>16</sup> Para além da informação já referida sobre a situação de saúde/doença desta adolescente, foi possível perceber que a V. vivia com os pais e irmã de seis anos e que frequentava o 10º ano de escolaridade – curso profissional de marketing, tendo reprovado o ano letivo anterior. Pai tinha antecedentes de consumos de tóxicos, tendo estado em comunidade terapêutica há 13 anos.

No que se refere ao exame do estado mental realizado no momento do acolhimento, a V. apresentava-se aparentemente orientada no tempo e no espaço, postura retraída e tensa evitando o contacto ocular, humor aparentemente deprimido, discurso aparentemente coerente e organizado, não se apurando alterações de conteúdo do pensamento apenas uma discreta lentificação, nem alterações da percepção. Apresentava ainda alguma dificuldade em explicar o que lhe tem acontecido, mas face ao quadro descrito anteriormente apresentava uma melhoria significativa, referindo que “já me sinto melhor por isso não percebo porque tenho de ser internada.” (sic). A V. referia que em casa por períodos não cumpria a terapêutica prescrita e que como já se sentia melhor talvez pudesse interromper a administração terapêutica.

Foi fulcral a manutenção de um ambiente terapêutico, o qual permite criar as condições necessárias para a partilha e estabelecer de uma relação de confiança, essencial para o desenvolvimento da relação terapêutica. Inicialmente, a V. mantinha uma postura tensa e com contacto evitante, sendo que quando o ambiente foi sentido por si como seguro e contentor passou a apresentar uma postura mais descontraída e espontânea.

Ao longo do internamento a temática relacionada com as preocupações em torno da mãe e a lentificação do pensamento melhoraram com o reajuste farmacológico. No entanto, a V. apresentava uma fraca adesão ao regime terapêutico<sup>17</sup>. Foram identificadas as causas da não-adesão (aspetos físicos, mentais, comportamentais, socioculturais, ambientais e espirituais), referindo a V. que a não adesão estava associada aos efeitos secundários da

---

<sup>16</sup> Unidade de competência F 3.1. - *estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade*; critério de avaliação F 3.2.2. - *identifica, descreve e monitoriza os resultados clínicos individualizados para o cliente e relacionados com o comportamento para determinar a efectividade do plano de cuidados e ganhos em saúde*;

<sup>17</sup> Integra a terapêutica medicamentosa, alterações e modificações no estilo de vida e adesão ao seguimento em consulta (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2008).

medicação (como o aumento de peso) e ao défice de conhecimentos acerca da sua patologia (referia que como já se sentia melhor não precisava de ir às consultas e podia fazer consumos pontuais de canabinóides). Desta forma, durante o internamento realizaram-se intervenções psicoterapêuticas individuais com o objetivo de aumentar o “insight” da V. sobre a sua problemática<sup>18</sup> e intervenções psicoeducativas e psicoterapêuticas com o objetivo de promover a adesão da adolescente ao regime terapêutico, realizando ensino sobre os efeitos desejados e efeitos secundários da terapêutica, sobre a doença (processo patológico, consumo de tóxicos), ajudando-a a identificar os sinais prodrómicos, os quais antecedem o episódio de surto psicótico, e reforçando a importância do acompanhamento em consulta.<sup>19</sup>

A monitorização e mediação das visitas com os pais constituiu também uma intervenção desenvolvida, que teve como objetivo promover a utilização de estratégias mais ajustadas que ajudassem a V. e os pais a lidarem com a situação de doença, ajudando a identificar e reforçando os recursos de que dispõem para enfrentar a situação de crise que vivenciam, fornecer suporte emocional para a vivência da situação de doença da V., bem como promover a adesão ao regime terapêutico.<sup>20</sup>

Embora ao longo deste sub-capítulo tenha enumerado as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental por mim desenvolvidas durante o estágio hospitalar, nunca me remeti à competência enunciada como F1, a qual refere que o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental deverá deter um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, premissa essencial para o desenvolvimento de todas as outras competências, na medida em que o auto-conhecimento é essencial para que o enfermeiro, enquanto instrumento terapêutico, se

---

<sup>18</sup> Critério de avaliação F4.2.2. – *utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que aumentam o “insight” do cliente, permitindo elaborar novas razões para o problema;*

<sup>19</sup> Critérios de avaliação F 3.4.1. - *concebe estratégias de empoderamento que permitam o cliente desenvolver conhecimentos, capacidades e factores de protecção, de forma a eliminar ou reduzir o risco de perturbação mental;* F4.1.2. – *implementa intervenções psicoeducativas para promover o conhecimento, compreensão e questão efectiva dos problemas relacionados com a saúde mental, as perturbações e doenças mentais;* F4.1.3. - *ensina os clientes, pessoas significativas e família, acerca dos efeitos desejados e dos potenciais efeitos adversos das opções terapêuticas (farmacológicas e não farmacológica);* e F4.2.4. – *utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que ajudem o cliente a desenvolver e integrar a perturbação ou doença mental e os déficits por elas causadas, fazendo escolhas que promovam mudanças positivas no seu estilo de vida.*

<sup>20</sup> Critérios de avaliação 3.4.5. - *elabora e implementa o plano de cuidados a desenvolver com o cliente de forma a: aumentar e manter as suas competências e capacidades, diminuindo o risco; manter e promover a integração familiar, social e profissional das pessoas com perturbação mental, diminuindo a exclusão social; promover e reforçar as capacidades das famílias;* F4.1.2. – *implementa intervenções psicoeducativas para promover o conhecimento, compreensão e questão efectiva dos problemas relacionados com a saúde mental, as perturbações e doenças mentais;* F4.1.3. *ensina os clientes, pessoas significativas e família, acerca dos efeitos desejados e dos potenciais efeitos adversos das opções terapêuticas (farmacológicas e não farmacológica);* e F4.2.1. – *implementa intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas, individuais, familiares ou de grupo, centradas nas respostas humanas aos processos de saúde/doença mental e às transições;*

mobilize a si mesmo no estabelecimento da relação terapêutica com o cliente e na realização das intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas. O desenvolvimento desta competência específica foi transversal ao estágio hospitalar e ao estágio em contexto comunitário. Desta forma, ao longo de ambos os estágios, identifiquei e monitorizei as minhas emoções, sentimentos e respostas comportamentais, identifiquei fenómenos de transferência e contra-transferência, resistência ou outros fatores, que podiam interferir na relação terapêutica com os clientes ou equipa multidisciplinar. Só a partir desta consciência das minhas limitações, dos meus sentimentos, do que sou na relação com o outro, do que é meu e o que é do outro é que me consegui mobilizar enquanto instrumento terapêutico.

## 4. QUESTÕES ÉTICAS

Nunes (2005) refere que a Enfermagem enquanto profissão que se autoregula, define tanto no Código Deontológico dos Enfermeiros (CDE) como no REPE os princípios éticos e deontológicos a cumprir no seu exercício, onde também se inclui a investigação.

Remetendo ao Estágio em Contexto Comunitário, parece-me importante reforçar que a investigação em enfermagem deve obedecer aos princípios éticos nacional e internacionalmente estabelecidos para a investigação em geral. Segundo Martins (2008, p. 63) na investigação “a ética não é um conjunto de regras feitas nem tem o objetivo de limitar as ações e comportamentos do investigador. É antes um conjunto de valores e princípios que permitem optar “pelo melhor para o investigado”.”

Desta forma, independentemente da natureza do projeto de investigação, os princípios éticos da autonomia, da beneficência, de não maleficência, do respeito pela dignidade humana, da veracidade, da confidencialidade e da justiça, deverão ser respeitados e serão orientadores de todo o processo de investigação (FORTIN, 2000; NUNES, 2005; MARTINS, 2008).

Salvaguardando-se os princípios éticos de uma investigação, os projetos de investigação deverão ser apreciados por uma Comissão de Ética, tal como já mencionado anteriormente.

A participação num estudo de investigação pressupõe o consentimento livre e esclarecido dos participantes, constituindo este a pedra angular de uma investigação eticamente sólida (NUNES, 2005). Quando a população a estudar não é autónoma, como é o caso das crianças que integraram o estudo de investigação, o consentimento deve ser obtido junto dos pais ou dos representantes legais.

O consentimento livre e esclarecido tem ser obtido por escrito após ser explicada a natureza e fases da Investigação; ser dada informação sobre as potenciais consequências para o participante, sobre os seus direitos, reforçando a total liberdade destes para abandonar a qualquer momento o estudo, garantindo-se assim o princípio geral da “defesa da liberdade e dignidade da pessoa humana” (CDE, Artigo 78º, ponto 1) e o dever de “respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento

informado” explícito no Artigo 84º, alínea b do CDE. Durante a recolha dos dados se o investigador averiguar que estão a resultar prejuízos para o participante, este deverá ser retirado do estudo e deverão ser tomadas todas as medidas para minimizar esse prejuízo (NUNES, 2005; MARTINS, 2008). Todos os procedimentos referidos anteriormente foram cumpridos tal como já foi mencionado na secção Colheita de dados.

No decorrer do estudo de investigação, a privacidade dos participantes deve ser salvaguardada, pelo que os dados recolhidos deverão ser tratados de forma a manter o anonimato dos mesmos. Os dados pessoais não podem ser divulgados ou partilhados sem autorização expressa do participante e os resultados devem ser apresentados de forma que nenhum dos participantes do estudo possa ser reconhecido (NUNES, 2005; MARTINS, 2008). Também estes pressupostos foram respeitados no decorrer do estudo de investigação e os mesmos são reforçados no Artigo 85º, alínea d do CDE “manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados”.

A divulgação dos resultados constitui ainda um dever ético do investigador. Também os resultados finais dos estudos de investigação devem ser comunicados aos participantes (NUNES, 2005; MARTINS, 2008). De referir que foi dado aos pais das crianças que participaram no estudo de investigação *feedback* sobre os resultados do mesmo.

Os enfermeiros têm a obrigação de salvaguardar os direitos humanos dos seus clientes em todas as situações, assegurando que cuidados adequados serão prestados, com os recursos disponíveis, e de acordo com a ética (MARTINS, 2008).

Desta forma, ao longo do Estágio Hospitalar, a minha prestação de cuidados teve em conta, reconheceu e respeitou os princípios éticos, valores e deveres expostos no CDE. Segundo Deodato (2004, p. 29) “o processo de tomada de decisão, tendo em conta a procura da excelência, implica uma reflexão ética e deontológica adequada, à luz dos princípios e deveres estabelecidos (nomeadamente no *Código Deontológico*), e também fundamentada nos valores pessoais e profissionais”.

## 5. CONCLUSÃO

O Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria constituiu um momento particular e essencial na minha formação e desenvolvimento pessoal e profissional, procurando o presente relatório de estágio refletir a trajetória por mim realizada, durante todo este processo de desenvolvimento e consolidação de competências específicas do enfermeiro especialista, processo que não se encerra aqui, uma vez que me acompanhará em todo o percurso profissional.

Os processos de transição que as pessoas vivem ao longo da vida nem sempre são acompanhados de processos de adaptação, podendo provocar respostas humanas desadaptadas geradoras de sofrimento mental, focando-se os cuidados de enfermagem em saúde mental e psiquiatria na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção face às respostas humanas desadaptadas, facilitando assim os processos de transição, nas particularidades que cada cliente apresenta. Quer no Estágio em Contexto Comunitário quer no Estágio Hospitalar os clientes alvo dos meus cuidados encontrava-se a viver processos de transição os quais requerem intervenções especializadas, tendo sido os objetivos definidos em ambos os contextos de estágio atingidos.

No Estágio realizado em Contexto Comunitário, o qual integrou o estudo de investigação clínica que teve como objetivo geral avaliar o estado de saúde mental das crianças do pré-escolar e 1.º ciclo do Jardim Escola João de Deus, que viveram um tornado a 7/12/2010, foram desenvolvidas e consolidadas as competências F2 e F3 do perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental.

Numa amostra de 103 crianças, após aplicação do SDQ (instrumento que constitui uma mais-valia na avaliação diagnóstica/apreciação clínica realizada por enfermeiros) foram identificadas 43 crianças com possíveis alterações do estado de saúde mental, prevalência de 41,7%, 33% (34) crianças apresentavam perturbações previstas pelo algoritmo do SDQ e 8,7% (9) crianças apresentavam pontuações totais de dificuldades para o SDQ - Versão de Pais ou SDQ – Versão de Professores dentro dos valores “limítrofes” ou valores “anormais”, sem qualquer diagnóstico previsto pelo algoritmo associado.

Verificou-se uma escassez de estudos de prevalência de perturbações psiquiátricas na infância, em amostras comunitárias europeias, tendo sido identificado apenas um estudo utilizando o SDQ como instrumento de colheita de dados, numa amostra com faixa etária mais alargada, em que a prevalência de perturbação psiquiátrica é semelhante à obtida no presente estudo. Foram identificados dois estudos com resultados de prevalência de perturbação psiquiátrica semelhantes ou próximos aos obtidos no presente estudo, embora se referissem a amostras de crianças com faixas etárias diferentes ou utilizassem metodologias de avaliação diferentes.

Tendo em consideração os relatos dos pais e professores do estado emocional e comportamental das crianças após a vivência do tornado e os resultados dos estudos com vítimas de catástrofes naturais era esperado que a prevalência de perturbações do estado de saúde mental em crianças do pré-escolar e do 1.º ciclo do Jardim Escola João de Deus fosse superior após a vivência do tornado a 7/12/2010, mas esta hipótese não se confirmou, verificando-se que as possíveis alterações no estado de saúde mental que a maioria das crianças apresenta são prévias ao tornado, particularmente as perturbações da conduta.

Ao pesquisar fatores associados à presença de alterações do estado de saúde mental nestas crianças constatou-se que a prevalência de perturbações psiquiátricas é significativamente superior nos rapazes, especificamente, a prevalência de perturbações da conduta. Verificou-se ainda que a prevalência de perturbações da conduta é significativamente superior nas crianças do pré-escolar.

Verificaram-se diferenças/inconsistências no que se refere à apreciação realizada pelos pais e à apreciação realizada pelos professores sobre o sofrimento global provocado pelas dificuldades, sobre a interferência das dificuldades das crianças na relação com os colegas e na aprendizagem na escola, e sobre a sobrecarga das dificuldades na família e escola.

As perturbações da conduta não provocam sofrimento, segundo apreciação dos pais e segundo a apreciação dos professores a prevalência de “muito” ou “muitíssimo” sofrimento não apresenta diferença significativa entre as diferentes perturbações identificadas.



A interferência das dificuldades das crianças na relação com os colegas é com maior frequência mais grave nas crianças em que se identificou perturbação emocional e na aprendizagem na escola é com maior frequência mais grave nas crianças com perturbação emocional e perturbação da hiperatividade, segundo apreciação dos pais. A apreciação pelos professores referente à interferência das dificuldades das crianças na relação com os colegas e na aprendizagem na escola não é significativa nas perturbações identificadas.

Constatou-se referência à “muita” sobrecarga para pais e família nas crianças com perturbação emocional, perturbação psiquiátrica e possíveis alterações do estado de saúde mental (crianças em risco de perturbação). Para os professores a referência à “pouca” sobrecarga é significativamente mais frequente nas crianças com perturbação da conduta, verificando-se que as dificuldades que as crianças com as restantes perturbações e alterações do estado de saúde mental (crianças em risco de perturbação) apresentam, sobrecarregam “pouco” ou “nada” (prevalência não confirmada estatisticamente).

Embora a sobrecarga constitua um preditor para possível encaminhamento de crianças para serviços de saúde mental e sendo as possíveis alterações no estado de saúde mental que a maioria das crianças apresenta prévias ao tornado (principalmente as perturbações da conduta), antes da avaliação realizada nenhuma criança tinha patologia psiquiátrica diagnosticada ou era acompanhada em consulta de pedopsiquiatria. Esta não referência das crianças com perturbação da conduta poderá ser justificada por, tanto na perceção dos pais como na dos professores, as dificuldades das crianças que apresentam perturbações da conduta sobrecarregarem “pouco” ou “nada”. Apesar de as perturbações emocionais já existirem em número significativo antes do tornado e de as dificuldades apresentadas pelas crianças com esta perturbação sobrecarregarem “muito” a família, a não referência destas crianças poderá ser eventualmente justificada por uma subvalorização dos pais dos comportamentos e sobrecarga.

As inconsistências podem ser ainda justificadas pela diferença de comportamento da criança em contexto escolar e no seio familiar, pela subjetividade da perceção dos pais e professores, pela vulnerabilidade provocada pela vivência do tornado, repercutindo-se na avaliação que fazem dos comportamentos das crianças.

Desta forma, relativamente às 103 crianças, não se pode confirmar que a vivência de um tornado por crianças do pré-escolar e do 1.º ciclo do Jardim Escola João de Deus tenha uma relação causa-efeito com alterações do estado de saúde mental.

Este estudo integrou a fase inicial da proposta de intervenção definida para as crianças do pré-escolar e do 1.º ciclo do Jardim Escola João de Deus que viveram o tornado. A avaliação do estado de saúde mental permitiu identificar nas crianças, alterações e perturbações mentais assim como fatores associados à presença de possíveis alterações. Elaborar um diagnóstico de saúde mental de um grupo ou comunidade é essencial para o planeamento de cuidados e sucesso da intervenção terapêutica a implementar.

Ao longo do Estágio Hospitalar desenvolvi e consolidei competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental na prestação de cuidados à criança e adolescente em situação psicopatológica aguda e sub-aguda, e sua família, os quais se encontram a viver uma transição de saúde-doença e em simultâneo, uma transição de desenvolvimento. Essencialmente foram desenvolvidas e consolidadas as competências F3 e F4 do perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental. Sem dúvida que este estágio permitiu-me refletir sobre a minha prática clínica, sempre numa perspetiva de desenvolvimento e continuidade.

Não poderei deixar de mencionar que durante todo este percurso desenvolvi uma maior consciência de mim, das minhas dificuldades, limitações, sentimentos, respostas comportamentais, fenómenos de transferência e contra-transferência, resistência ou outros fatores, os quais podem interferir na relação terapêutica que estabeleço. É esta capacidade de auto-conhecimento que me permite mobilizar-me enquanto instrumento terapêutico e desenvolver-me profissionalmente.

## BIBLIOGRAFIA

- AACAP (2008) - **Helping Children After A Disaster**. nº 36. Acedido em: 26/06/2011. Disponível em: [http://www.aacap.org/cs/root/facts\\_for\\_families/helping\\_children\\_after\\_a\\_disaster](http://www.aacap.org/cs/root/facts_for_families/helping_children_after_a_disaster)
- ALMEIDA, M.; FERREIRA, L.; NABAIS, A. – **Norma 61**. Procedimento Sectorial de Área de Pedopsiquiatria - Filosofia da Área de Pedopsiquiatria. 2010. HDE – CHLC;
- ALMQVIST, F. et al (1999) - Psychiatric disorders in 8-9-year-old children based on a diagnostic interview with the parents. . **European Child & Adolescent Psychiatry**. ISSN 1435-165X. Vol. 8, Suppl 4. p. 17-28.
- BAGGERLY, J.; EXUM, H. (2008) - Counseling Children After Natural Disasters: Guidance for Family Therapists. **The American Journal of Family Therapy**. ISSN 1521-0383. Vol. 36. p. 79 – 93.
- BAKER, Philip (2004) - **Assessment in psychiatric and mental health nursing: In search of whole person**. 2ª ed. Cheltenham: Nelson Thornes. ISBN 0-7487-7801-2.
- BASTO, Marta L. (2009) - Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina. **Pensar Enfermagem**. Lisboa. ISSN 0873-8904. Vol. 13, nº 2. (2º Semestre de 2009). p. 11-18.
- BIESHEUVEL, C. et al (2008) - Advantages of the nested case-control design in diagnostic research. **BMC Medical Research Methodology**. Vol. 8, nº 48. (Julho 2008). p. 1-7. Acedido em: 26/08/2012. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/8/48>
- BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R.; KJELLSTRÖM, T. (2010) - **Epidemiologia Básica**. 2ª ed. São Paulo: Santos Editora. ISBN 978-85-7288-839-4.
- CHALIFOUR, Jacques (2009) - **A Intervenção Terapêutica – Estratégias de intervenção**. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-21-5.
- CHICK, N.; MELEIS, A. (1986) – Transitions: a nursing concern. In: CHINN, Peggy L. - **Nursing research methodology: issues and implementation**. Rockville Md.: Aspen Publishers. ISBN 978-087-1893-73-4.
- COLLIERE, Marie F. (2003) - **Cuidar... A primeira arte da Vida**. 2ª ed. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-53-3.
- COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS (2005) - **Livro Verde – Melhorar a saúde mental da população rumo a uma estratégia de saúde mental para a união europeia**. Bruxelas.

- Decreto-Lei n.º 161/96. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. **D.R I Série – A**. 205 (04-09-1996) 2959-2962.
- DEODATO, S. (2004) - A excelência do exercício: Perspectiva ética e deontológica. V Seminário de Ética. **Revista da Ordem dos Enfermeiros**. Lisboa. nº 15. (Dezembro 2004). p. 26-30.
- FLEITLICH-BILYK, B.; GOODMAN, R. (2004) - Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**. ISSN 0890-8567. Vol. 43, nº 6 (Junho 2004). p. 727-34.
- FOMBONNE, E. (1994) - The Chartres Study: I. Prevalence of psychiatric disorders among French school-age children. **British Journal of Psychiatry**. Londres. ISSN 1472-1465. Vol. 164, nº 1. (Janeiro 1994). p. 69-79.
- FORD, T.; GOODMAN, R.; MELTZER, H. (2003) - The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: The Prevalence of DSM-IV Disorders. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**. ISSN 0890-8567. Vol. 42, nº 10. (Outubro 2003). p. 1203-1211.
- FORTIN, Marie (2000) - **O Processo de Investigação: Da concepção à realização**. 2ª ed. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-10-X.
- GOODMAN, R. (1997) - The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**. Cambridge. ISSN 1469-7610. Vol. 38, nº 5. (Julho 1997). p. 581–586.
- GOODMAN, R. (1999) - The Extended Version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a Guide to Child Psychiatric Caseness and Consequent Burden. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**. Cambridge. ISSN 1469-7610. Vol. 40, nº 5. (Julho 1999). p. 791-801.
- GOODMAN, R. et al (2000a) - Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. **British Journal of Psychiatry**. Londres. ISSN 1472-1465. Vol. 177. p. 534-539.
- GOODMAN R.; RENFREW D.; MULLICK, M. (2000b) - Predicting type of psychiatric disorder from Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) scores in child mental health clinics in London and Dhaka. **European Child & Adolescent Psychiatry**. ISSN 1435-165X. Vol. 9, nº 2. (Junho 2000) p. 129–134.

- GOODMAN, R. (2001) - Psychometric Properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**. ISSN 0890-8567. Vol. 40, nº 11. (Novembro 2001). p.1337-1345.
- GUREJE, O. et al (1994) - Psychiatric Disorders in a Paediatric Primary Care Clinic. **British Journal of Psychiatry**. Londres. ISSN 1472-1465. Vol. 165, nº 4 (Outubro 1994). p. 527-530.
- HILL, M.; HILL, A. (2009) – **Investigação por questionário**. 2ª ed. Lisboa: Edições Sílabo. ISBN 978-972-618-273-3.
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2007) - **ICN Position Statement on Nursing**. Acedido em: 12/03/2012. Disponível em: [http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position\\_statements/B05\\_Nsg\\_Research.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/B05_Nsg_Research.pdf)
- LANGHOLZ, B. (2005) - **Case–Control Study, Nested**. In: Encyclopedia of Biostatistics. 2ª ed. Vol. 1. Colton, John Wiley & Sons: Chichester. ISBN 0-470-84907-X. p. 646–655, Acedido em: 26/08/2012. Disponível em: [http://hydra.usc.edu/pm518b/literature/eob\\_nested.pdf](http://hydra.usc.edu/pm518b/literature/eob_nested.pdf)
- LAST, J. M. (2001) - **A Dictionary of Epidemiology**. 4ª ed. Oxford: Oxford University Press. ISBN 13: 978-0-19-514169-6.
- LAUFER, M. (2000). **O Adolescente Suicida**. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 972-8449-27-5.
- LINNA, SL; MOILANEN, I. (1994) - The Finnish National Epidemiological Study of Child Psychiatric Disorders. Results from prevalence screening in Northern Finland. **Arctic Medical Research**. ISSN 0782-226X. Vol.53, Suppl 1. p. 7-11.
- MARCELLI, D.; BRACONNIER, A. (2000). **As mil faces da adolescência**. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 972-8449-56-9.
- MARTINS, J. (2008) - Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. **Pensar Enfermagem**. Lisboa. ISSN: 0873-8904. Vol. 12, nº 2. (2º Semestre de 2008). p. 62-66.
- MARZOCCHI, G. M. et al (2004) - The use of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in Southern European countries. **European Child & Adolescent Psychiatry**. ISSN 1435-165X. Vol. 13, nº 2. (Julho 2004). 40 – 46.
- MATHAI, J.; ANDERSON, P.; BOURNE, A. (2002) - The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) as a screening measure prior to admission to a Child and

Adolescent Mental Health Service (CAMHS). **Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health**. Adelaide. ISSN 1446 -7984. Vol. 1, nº 3. (Dezembro 2002). p. 1-12.

- MATHAI, J.; ANDERSON, P.; BOURNE, A. (2004) - Comparing psychiatric diagnoses generated by the Strengths and Difficulties Questionnaire with diagnoses made by clinicians. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**. ISSN 1440-1614. Vol. 38, nº 8. (Agosto 2004). p. 639 – 643.
- MELEIS, A. et al (2000) - Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. **Advances in Nursing Science**. ISSN 1550-5014. Vol. 23, nº1. (Setembro 2000). p. 12-28.
- MELEIS, Afaf I. (2005) - **Theoretical Nursing: Development & Progress**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. ISBN 0-7817-5767-3.
- MELEIS, Afaf I. (2010) - **Transitions Theory Middle-range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice**. 3ª ed. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0535-6.
- MURIS, P.; MEESTERS, C.; VAN DEN BERG, F. (2003) - The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) Further evidence for its reliability and validity in a community sample of Dutch children and adolescents. **European Child & Adolescent Psychiatry**. ISSN 1435-165X. Vol. 12, nº 1. p. 1-8.
- MULVIHILL, D. (2007) - Nursing care of children after a traumatic incident. **Comprehensive Pediatric Nursing**. ISSN 1521-043X. Vol. 30. p. 15–28.
- NABAIS, A. (2008) – Enfermagem de saúde mental e psiquiátrica: âmbito e contextos. Conceptualização para a prática Clínica. **Revista da Ordem dos Enfermeiros**. Lisboa. ISSN 1646-2629. nº 30. (Outubro – Dezembro 2008). p. 38-43.
- NUNES, Lucília (2005) – **Ética na investigação em Enfermagem**. Comunicação – Mesa-Redonda: Ética na Prática de Enfermagem - XXVI Congresso Português de Cardiologia. 11 de Abril 2005. Porto.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001) – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual/Enunciados Descritivos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003) - **Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2006) – **Investigação em Enfermagem: Tomada de**

**Posição.** Acedido em: 26/03/2012. Disponível em:  
[http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_26Abr2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf)

- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2008) – **Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®)**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental**. Acedido em: 24/03/2011. Disponível em:  
[http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental_aprovadoAG20Nov2010.pdf)
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2001) – **The World health report: 2001: Mental health: new understanding, new hope**. Geneva: World Health Organization. ISBN 92-4-156201-3.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2010) - **Mental health: strengthening our response**. Fact sheet N°220. Acedido em: 21/06/2011. Disponível em:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>
- [ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (s. d.) - **The ICD-10 Classification of Mental and behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines**. s. n.: s. l. Acedido em: 24/09/2012. Disponível em:  
<http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>].
- PETERSON, D. et al (2006) - The population prevalence of child psychiatric disorders in Danish 8- to 9-year-old children. **European Child & Adolescent Psychiatry**. ISSN 1435-165X. Vol. 15, nº 2. (Fevereiro 2006). p. 71-78.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007) – **Reestruturação e desenvolvimento dos serviços de Saúde Mental em Portugal. Plano de Acção 2007 – 2016**. Lisboa: Ministério da Saúde.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Alto Comissariado da Saúde. Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008) - **Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 — Resumo Executivo**. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental. ISBN 978-989-95146-6-9.

- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Alto Comissariado da Saúde. Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2009) – **Recomendações para a prática clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários**. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental. ISBN 978-989-96263-2-4.
- RESOLUÇÃO DO CONCELHO DE MINISTROS n.º 49/2008. **Plano Nacional de Saúde Mental (2007 -2016)**. Diário da República. 1.ª série — N.º 47 — 6 de Março de 2008.
- SCHUMACHER, K.; MELEIS, A. (1994) – Transitions: A Central Concept in Nursing. **Journal of nursing Scholarship**. ISSN 1547-5069. Vol. 26, nº 2. p. 119-124.
- STUART, G. W.; LARAIA, Michele T. (2001) – **Enfermagem Psiquiátrica – Princípios e Prática**. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora. ISBN 85-7307-713-1.
- TAYLOR, C. (1992) – **Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica**. 13ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- TOWNSEND, M. (2009) – **Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica - Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência**. 6ª ed. Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8930-61-5.
- VAZ SERRA, A. (2007) - Catástrofes – As suas repercussões no ser Humano. In: SALES, L. - **Psiquiatria de Catástrofe** - Memória do Encontro Psiquiatria de Catástrofe e Intervenção na Crise. Coimbra: Edições Almedina. ISBN 978-972-40-3316-7.
- VIDIGAL, M. e Colaboradores (2005) – **Intervenção Terapêutica em Grupos de Crianças e Adolescentes – Aprender a Pensar**. Lisboa: Trilhos Editora. ISBN – 972-99110-1-0.
- ZOTTI, M. et al (2006) - Evaluation of a Multistate Faith-based Program for Children Affected by Natural Disaster. **Public Health Nursing**. ISSN 0737-1209. Vol. 23, nº 5. (Setembro-Outubro 2006). p. 400 –409.



**ANEXOS**



## **Anexo 1 – SDQ - Versão de Pais com Suplemento de Impacto**



Instruções: Encontra a seguir 25 frases. Para cada uma delas marque, com uma cruz, um dos seguintes quadrados: Não é verdade; É um pouco verdade; É muito verdade. Ajuda-nos muito se responder a todas as afirmações o melhor que puder, mesmo que não tenha a certeza absoluta ou que a afirmação lhe pareça estranha. Por favor, responda com base no comportamento do seu filho / da sua filha nos últimos seis meses.

Nome da criança .....

Masculino/Feminino

Data de nascimento .....

	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
É sensível aos sentimentos dos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É irrequieto/a, muito mexido/a, nunca pára quieto/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Queixa-se frequentemente de dores de cabeça, dores de barriga ou vômitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partilha facilmente com as outras crianças (guloseimas, brinquedos, lápis, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enerva-se muito facilmente e faz muitas birras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem tendência a isolar-se, gosta mais de brincar sozinho/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obedece com facilidade, faz habitualmente o que os adultos lhe mandam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem muitas preocupações, parece sempre preocupado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gosta de ajudar se alguém está magoado, aborrecido ou doente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não sossega. Está sempre a mexer as pernas ou as mãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem pelo menos um bom amigo/uma boa amiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luta frequentemente com as outras crianças, ameaça-as ou intimida-as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anda muitas vezes triste, desanimado/a ou choroso/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em geral as outras crianças gostam dele/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distrai-se com facilidade, está sempre com a cabeça no ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em situações novas é receoso/a, muito agarrado/a e pouco seguro/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É simpático/a e amável com crianças mais pequenas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mente frequentemente ou engana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As outras crianças metem-se com ele/a, arneçam-no/a ou intimidam-no/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sempre pronto/a a ajudar os outros (pais, professores ou outras crianças)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensa nas coisas antes de as fazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rouba em casa, na escola ou em outros sítios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dá-se melhor com adultos do que com outras crianças	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem muitos medos, assusta-se com facilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geralmente acaba o que começa, tem uma boa atenção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tem algum outro comentário ou preocupação? Descreva.

Por favor, vire a folha - há mais algumas questões no outro lado

Em geral, parece-lhe que o seu filho / a sua filha tem dificuldades em alguma das seguintes áreas: emoções, concentração, comportamento ou em dar-se com outras pessoas?

Não	Sim- dificuldades pequenas	Sim- dificuldades grandes	Sim- dificuldades muito grandes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se respondeu "Sim", por favor responda às seguintes questões sobre essas dificuldades:

- Há quanto tempo existem essas dificuldades?

Menos de 1 mês	1-5 meses	6-12 meses	Mais de 1 ano
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Essas dificuldades incomodam ou fazem sofrer o seu filho / a sua filha?

Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Essas dificuldades perturbam o dia-a-dia do seu filho / da sua filha nas seguintes áreas?

	Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
EM CASA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COM OS AMIGOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NAS APRENDIZAGEM NA ESCOLA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NAS BRINCADEIRAS/ TEMPOS LIVRES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Essas dificuldades são uma sobrecarga para si ou para a família?

Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Assinatura .....

Data .....

Mãe/Pai/Outro (por favor, indique quem):

**Muito obrigado pela sua colaboração**

## **Anexo 2 – SDQ - Versão de Professores com Suplemento de Impacto**





Instruções: Encontra a seguir 25 frases. Para cada uma delas marque, com uma cruz, um dos seguintes quadrados: Não é verdade; É um pouco verdade; É muito verdade. Ajuda-nos muito se responder a todas as afirmações o melhor que puder, mesmo que não tenha a certeza absoluta ou que a afirmação lhe pareça estranha. Por favor, responda com base no comportamento do aluno / da aluna nos últimos seis meses ou neste ano escolar.

Nome da criança .....

Masculino/Feminino

Data de nascimento .....

	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
É sensível aos sentimentos dos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É irrequieto/a, muito mexido/a, nunca pára quieto/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Queixa-se frequentemente de dores de cabeça, dores de barriga ou vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partilha facilmente com as outras crianças (guloseimas, brinquedos, lápis, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enerva-se muito facilmente e faz muitas birras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem tendência a isolar-se, gosta mais de brincar sozinho/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obedece com facilidade, faz habitualmente o que os adultos lhe mandam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem muitas preocupações, parece sempre preocupado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gosta de ajudar se alguém está magoado, aborrecido ou doente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não sossega. Está sempre a mexer as pernas ou as mãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem pelo menos um bom amigo/uma boa amiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luta frequentemente com as outras crianças, ameaça-as ou intimida-as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anda muitas vezes triste, desanimado/a ou choroso/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em geral as outras crianças gostam dele/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distrai-se com facilidade, está sempre com a cabeça no ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em situações novas é receoso/a, muito agarrado/a e pouco seguro/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É simpático/a e amável com crianças mais pequenas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mente frequentemente ou engana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As outras crianças metem-se com ele/a, arneçam-no/a ou intimidam-no/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sempre pronto/a a ajudar os outros (pais, professores ou outras crianças)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensa nas coisas antes de as fazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rouba em casa, na escola ou em outros sítios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dá-se melhor com adultos do que com outras crianças	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem muitos medos, assusta-se com facilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geralmente acaba o que começa, tem uma boa atenção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tem algum outro comentário ou preocupação? Descreva.

**Por favor, vire a folha - há mais algumas questões no outro lado**

Em geral, parece-lhe que este aluno / esta aluna tem dificuldades em alguma das seguintes áreas:  
emoções, concentração, comportamento ou em dar-se com outras pessoas?

Não	Sim- dificuldades pequenas	Sim- dificuldades grandes	Sim- dificuldades muito grandes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se respondeu "Sim", por favor responda às seguintes questões sobre essas dificuldades:

- Há quanto tempo existem essas dificuldades?

Menos de 1 mês	1-5 meses	6-12 meses	Mais de 1 ano
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Essas dificuldades incomodam ou fazem sofrer o aluno / a aluna?

Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Essas dificuldades perturbam o dia-a-dia do aluno / da aluna nas seguintes áreas?

	Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
RELAÇÕES COM OS COLEGAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NA APRENDIZAGEM NA ESCOLA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Essas dificuldades são uma sobrecarga para si ou para a classe/turma?

Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Assinatura .....

Data .....

Professor/Professor do ensino especial/Director de turma/Outro (por favor, indique quem):

**Muito obrigado pela sua colaboração**

**Anexo 3 – Cotação do SDQ com Suplemento de Impacto – Versão de  
Pais/Professores**



## Cotação do Questionário de Capacidades e Dificuldades – Versão de Pais / Professores

Os 25 itens que constituem o SDQ estão organizados em 5 escalas, cada uma composta por 5 itens. Geralmente, é mais fácil cotar as 5 escalas antes de calcular a pontuação total de dificuldades. Cada item tem três opções de resposta: *Não é verdade*, *É um pouco verdade*, *É muito verdade*. A opção *É um pouco verdade* é sempre cotada com 1. Cada uma das outras duas opções pode ser cotada com 0 ou 2 pontos, conforme o item, tal como é apresentado em baixo, escala por escala. A pontuação total de cada uma das 5 escalas pode variar entre 0 e 10 se os 5 itens tiverem sido respondidos. O resultado de cada escala pode ser considerado desde que pelo menos 3 itens tenham sido respondidos.

### **Escala de Sintomas Emocionais**

	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
Queixa-se frequentemente de dores de cabeça ...	0	1	2
Tem muitas preocupações, parece sempre preocupado/a	0	1	2
Anda muitas vezes triste, desanimado/a ou choroso/a	0	1	2
Em situações novas é receoso/a, muito agarrado/a ....	0	1	2
Tem muitos medos, assusta-se com facilidade	0	1	2

### **Escala de Problemas de Comportamento**

	Não é verdade	E um pouco verdade	É muito verdade
Enerva-se muito facilmente e faz muitas birras	0	1	2
Obedece com facilidade ...	2	1	0
Luta frequentemente com as outras crianças ...	0	1	2
Mente frequentemente ou engana	0	1	2
Rouba em casa, na escola ou em outros sítios	0	1	2

### **Escala de Hiperactividade**

	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
É irrequieto/a, muito mexido/a, nunca pára quieto/a	0	1	2
Não sossega. Está sempre a mexer as pernas ou as mãos	0	1	2
Distrai-se com facilidade	0	1	2
Pensa nas coisas antes de as fazer	2	1	0
Geralmente acaba o que começa, tem uma boa atenção	2	1	0

### **Escala de Problemas de Relacionamento com os Colegas**

	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
Tem tendência a isolar-se ...	0	1	2
Tem pelo menos um bom amigo/uma boa amiga	2	1	0
Em geral as outras crianças gostam dele/a	2	1	0
As outras crianças metem-se com ele/a ...	0	1	2
Dá-se melhor com adultos do que com outras crianças	0	1	2

### **Escala de Comportamento Pró-social**

	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
É sensível aos sentimentos dos outros	0	1	2
Partilha facilmente com as outras crianças	0	1	2
Gosta de ajudar se alguém está magoado	0	1	2
É simpático/a e amável com crianças mais pequenas	0	1	2
Sempre pronto/a a ajudar os outros	0	1	2

### **Pontuação Total de Dificuldades**

É obtida pela soma da pontuação total de todas as escalas com excepção da escala pró-social. Deste modo, a pontuação resultante pode variar entre 0 e 40 (e não pode ser computado caso a pontuação de alguma das escalas, exceto a pró-social, esteja ausente).

### **Interpretação da Pontuação dos Sintomas e Definição de “Caso”**

Os intervalos provisórios, apresentados em baixo, foram estabelecidos de tal forma que aproximadamente 80 % das crianças na comunidade são normais, 10% são limítrofes e 10% são anormais. Em estudos com amostras de **alto risco**, onde os falsos positivos não sejam a maior preocupação, os possíveis “casos” podem ser identificados por uma **pontuação alta** ou **limítrofe** em uma das quatro escalas de dificuldades. Em estudos com amostras de **baixo risco**, onde é mais importante reduzir a taxa de falsos positivos, os possíveis “casos” podem ser identificados por uma **pontuação alta** em uma das quatro escalas de dificuldades.

	Normal	Limítrofe	Anormal
<b><u>Preenchido pelos Pais</u></b>			
Pontuação Total das Dificuldades	0 - 13	14 - 16	17 - 40
Pontuação dos Sintomas Emocionais	0 - 3	4	5 - 10
Pontuação de Problemas de Comportamento	0 - 2	3	4 - 10
Pontuação para Hiperactividade	0 - 5	6	7 - 10
Pontuação para Problemas com Colegas	0 - 2	3	4 - 10
Pontuação para Comportamento Pró-social	6 - 10	5	0 - 4

### **Prenchido pelo Professor**

Pontuação Total das Dificuldades	0 - 11	12 - 15	16 - 40
Pontuação dos Sintomas Emocionais	0 - 4	5	6 - 10
Pontuação de Problemas de Comportamento	0 - 2	3	4 - 10
Pontuação para Hiperactividade	0 - 5	6	7 - 10
Pontuação p/ Problemas com Colegas	0 - 3	4	5 - 10
Pontuação para Comportamento Pró-social	6 - 10	5	0 - 4

### **Pontuação e Interpretação do Impacto**

Quando é usada a versão do SDQ que inclui o “Suplemento de Impacto”, os itens relativos ao sofrimento global e às dificuldades sociais podem ser somados para se obter a pontuação do impacto, que pode variar entre 0 e 10 na versão para pais e entre 0 e 6 na versão para professores.

	Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
<b><u>Avaliação dos pais</u></b>				
As dificuldades incomodam/fazem sofrer a criança	0	0	1	2
Interferem em casa	0	0	1	2
Interferem com os amigos	0	0	1	2
Interferem na aprendizagem na escola	0	0	1	2
Interferem nas brincadeiras/tempos livres	0	0	1	2

### **Avaliação do professor**

As dificuldades incomodam/fazem sofrer a criança	0	0	1	2
Interferem nas relações com os colegas	0	0	1	2
Interferem na aprendizagem na escola	0	0	1	2

As respostas às questões sobre cronicidade e sobrecarga para os outros não são incluídas na cotação de impacto. Quando os entrevistados tiverem respondido “não” à primeira questão do suplemento de impacto (i.e. quando não se considerarem como tendo alguma dificuldade emocional ou de comportamento), não deverão responder às questões sobre sofrimento ou dificuldades e, nestas circunstâncias, a pontuação do impacto será automaticamente zero.

Uma pontuação total do impacto igual ou maior que 2 é anormal, uma pontuação de 1 é limítrofe e uma pontuação de 0 é normal.

**Anexo 4 – Procedimento Multisectorial - Consentimento Informado e  
Esclarecido para Investigação do CHLC**







Nº: 482    Data: 10 de Novembro de 2011

**ASSUNTO:** Procedimento Multisectorial – Consentimento Informado e Esclarecido para Investigação – INV.103 (Novo)

O Conselho de Administração em sessão de 26/10/2011 aprovou o seguinte Procedimento:


**Consentimento Informado e Esclarecido para Investigação – INV.103 (Novo)**



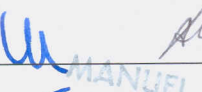
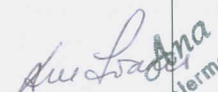

Está associado à Política de Investigação do CHLC e aplica-se a todo o CHLC.

pl O Conselho de Administração

  
LAURA SILVEIRA  
Vogal Executiva



 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL EPE	<b>Procedimento Multisectorial</b>	<b>INV.103</b>
	<b>CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO PARA INVESTIGAÇÃO</b>	

APROVAÇÃO	
Deliberado em Sessão de <u>26/10/2019</u> de Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	O CS deliberou aprovar  <b>LAURA SILVEIRA</b> Vogal Executivo  <b>ANA ISABEL GONÇALVES</b> Vogal Executivo  <b>MANUEL BRITO</b> Vogal Executivo  <b>Arminda Soares</b> Enfermeira Directora  <b>Eduardo Gomes da Silva</b> Director Clínico

## 1. OBJECTIVO

Divulgar os princípios e definir o procedimento para a obtenção do consentimento informado e esclarecido do participante, ou do seu representante legal, em estudos de investigação em saúde, garantindo o respeito pela sua liberdade de decisão.

## 2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Este procedimento aplica-se a todos os profissionais capacitados para desenvolver investigação em saúde - Enfermeiros, Médicos, Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, e Técnicos Superiores de Saúde (Farmacêuticos, Psicólogos, Administradores e outros) - das Áreas, Especialidades e Unidades Funcionais incluídas na Estrutura Clínica do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE.

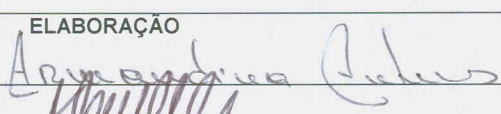
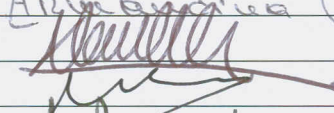
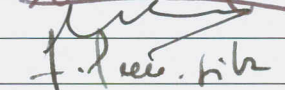

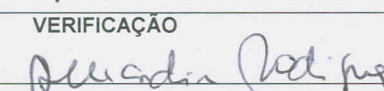
## 3. RESPONSABILIDADES

**3.1. Pela implementação do Procedimento:** Responsáveis das Estruturas definidas no Âmbito de Aplicação.

**3.2. Pela revisão do procedimento:** Grupo de trabalho a designar pelo Conselho de Administração, ouvida a Comissão de Ética.


## 4. DEFINIÇÕES

**Competência (ou capacidade de decisão)** – A competência é a capacidade de desempenhar determinada função com um propósito legal particular. Deve considerar-se competente o indivíduo capaz de: 1) saber, sem qualquer sugestão, a natureza de um determinado acto, nomeadamente a natureza do acto de dar consentimento e a natureza dos actos que consente, 2) compreender ou avaliar as alternativas existentes

Enf. Armandina Antunes Dr. Daniel Virella Dr. Gonçalo Cordeiro Ferreira Prof. Dr. Luís Pereira da Silva	<b>ELABORAÇÃO</b>    	<b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> Secretariado CA N.º <u>7788</u> Entrada <u>25.10.19</u> Saída <u>31.10.2019</u>
<b>CQSD</b>	<b>VERIFICAÇÃO</b> 	

EDIÇÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
A	Nº <u>482</u>	<u>2014</u>	1/9



 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL EPE	<b>Procedimento Multisectorial</b>		<b>INV.103</b>
	<b>CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO PARA INVESTIGAÇÃO</b>		

e 3) comunicar uma preferência. Neste contexto, a incompetência em determinada área não implica incompetência em qualquer outra área.

**Consentimento eficaz** – Considera-se como eficaz o consentimento prestado por indivíduos com mais de dezasseis anos e que possuem discernimento necessário para avaliar o seu sentido e alcance no momento em que o presta (artigo 38/3 do Código Penal).

**Consentimento esclarecido** – É a manifestação de vontade livre, específica e informada, nos termos da qual o indivíduo ou o seu representante legal, aceita participar no processo de diagnóstico, tratamento ou outro, proposto, relacionado com investigação em saúde. O consentimento esclarecido é um processo contínuo e participado, que tem como pressupostos a compreensão e o livre consentimento, que se alicerça no dever de esclarecimento, no direito ao consentimento, incluindo o direito à recusa de participar, no direito à revogação do consentimento e na capacidade para consentir. O consentimento esclarecido é obtido para cada acto isolado envolvido na investigação.

**Consentimento presumido** – Considera-se lícita a presunção de consentimento “quando a situação (...) permitir razoavelmente supor que o titular do interesse juridicamente protegido teria eficazmente consentido no acto, se conhecesse as circunstâncias em que este é praticado” (artigo 39/2 do Código Penal).

**Dados pessoais** – “Informação de qualquer natureza, independentemente do respectivo suporte, incluindo som e imagem, relativa a uma pessoa singular identificada ou identificável (“titular dos dados”); é considerada identificável a pessoa que possa ser identificada directa ou indirectamente, designadamente por referência a um número de identificação ou a um ou mais elementos específicos da sua identidade física, fisiológica, psíquica, económica, cultural ou social.” (Lei 67/98, de 26/10, artigo 6º).


**Dados sensíveis** – “Dados pessoais referentes a convicções filosóficas ou políticas, filiação partidária ou sindical, fé religiosa, vida privada e origem racial ou étnica, bem como dados relativos à saúde e à vida sexual, incluindo os dados genéticos.” (Lei 67/98, de 26/10, artigo 7º).

**Estudo** – Termo usado para designar “trabalho de investigação”. Designa-se investigação clínica a investigação em saúde envolvendo pessoas, como adiante descrito.

**Informação de saúde** – “Abrange todo o tipo de informação directa ou indirectamente ligada à saúde, presente ou futura, de uma pessoa, que se encontre com vida ou tenha falecido, e a sua história clínica e familiar.” (Lei 12/2005, de 12/01).

**Informação genética** – Informação de saúde que verse as características hereditárias de uma ou de várias pessoas, aparentadas entre si ou com características comuns daquele tipo. Exclui-se desta definição a informação obtida por testes de parentesco ou estudos de zigotia em gémeos, dos estudos de identificação genética para fins criminais e do estudo das mutações genéticas somáticas no cancro. A informação

EDIÇÃO		CIRCULAR INFORMATIVA		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
A	2011	Nº	482	2014	2/9

 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL EPE	<b>Procedimento Multisectorial</b>		<b>INV.103</b>
	<b>CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO PARA INVESTIGAÇÃO</b>		

genética pode resultar da realização de testes genéticos por meios de biologia molecular, assim como por testes citogenéticos, bioquímicos, fisiológicos ou imagiológicos, ou da simples recolha de informação familiar, registada sob a forma de uma árvore familiar ou outra, cada um dos quais pode, por si só, enunciar o estatuto genético de uma pessoa e seus familiares. (Cf Lei 12/2005, de 12/01).

**Investigação clínica** – Investigação em saúde que envolve directamente indivíduos ou grupos de indivíduos, o seu comportamento, ou usa produtos de origem humana, amostras de tecidos, ou podem ser ligados a um indivíduo concreto. A investigação clínica abrange um largo espectro de áreas: a) investigação “orientada para o doente”, entendida como investigação em que o investigador interage com o indivíduo ou grupos de indivíduos (incluindo amostras de fluidos, tecidos ou comportamentos) em estudos sobre mecanismos de doença, intervenções terapêuticas, ensaios clínicos ou desenvolvimento de nova tecnologias; b) estudos epidemiológicos e comportamentais; c) investigação sobre serviços de saúde e os seus resultados.

**Investigador** – Pessoa que exerce profissão reconhecida no país (neste caso Portugal) para o exercício da actividade de investigação, tendo habilitações científicas e experiência na prestação de cuidados ou serviços de saúde.

**Investigador Coordenador**- Investigador responsável pela coordenação de diversas equipas de investigação, tratando-se de estudos multicêntricos.

**Investigador Principal** – Investigador responsável pela realização do estudo e coordenação de toda a equipa de investigadores a nível local, de um centro de investigação.

**Participante** – Pessoa que participa no estudo como provedor dos dados pessoais e como receptor de procedimentos envolvidos na investigação, seja de intervenção diagnóstica, terapêutica ou de outra natureza, seja para efeitos de controlo.

**Tratamento de dados pessoais** – “Qualquer operação ou conjunto de operações sobre dados pessoais, efectuadas com ou sem meios automatizados, tais como a recolha, o registo, a organização, a conservação, a adaptação ou alteração, a recuperação, a consulta, a utilização, a comunicação por transmissão, por difusão ou por qualquer outra forma de colocação à disposição, com comparação ou interconexão, bem como o bloqueio, apagamento ou destruição.” (Lei 67/98, de 26/10).

## 5. SIGLAS E ABREVIATURAS

**BI** – Boletim Informativo

**CHKS/HAQU** – *Caspe Healthcare Knowledge Systems/Healthcare Accreditation and Quality Unit*

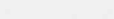
**CHLC** – Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE

**CNPD** – Comissão Nacional de Protecção de Dados

**DR** – Diário da Republica

EDIÇÃO		CIRCULAR INFORMATIVA		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
A	2011	Nº	482	2014	3/9



 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL EPE	<b>Procedimento Multisectorial</b>		<b>INV.103</b>
	<b>CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO PARA INVESTIGAÇÃO</b>		


## 6. REFERÊNCIAS

- Manual Internacional da Qualidade CHKS/HAQU, 2010:

NORMA	TÍTULO	CRITÉRIOS
8	Segurança do doente	8.9;8.10,8.11,8.13,8.17
24	Os direitos e necessidades do doente	24.2
26	Acessibilidade do doente	26.16
68	Conteúdo do processo clínico do paciente	68.26; 68.28

- A Convenção sobre os Direitos da Criança. [http://www.unicef.pt/docs/pdf\\_publicacoes/convencao\\_direitos\\_crianca2004.pdf](http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf)
- A Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe. World Health Organization. European Consultation on the Rights of Patients. Amsterdam 28 - 30 March 1994. [http://www.who.int/genomics/public/eu\\_declaration1994.pdf](http://www.who.int/genomics/public/eu_declaration1994.pdf)
- Additional Protocol to the Convention on Human Rights and Biomedicine, concerning Biomedical Research. (Strasbourg, 25.I.2005). <http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Html/195.htm>
- Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes - Direcção Geral da Saúde; <http://www.dgs.pt/default.aspx?cn=55065716AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA>.
- Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes Internados. <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf>
- Candiani M. Psiquiatria forense. <http://marciocandiani.site.med.br/index.asp?PageName=Psiquiatria-20Forense-20-28Medicina-20e-20Direito-29>. Acedido a 5 de Agosto de 2011.
- Clinical Research & Clinical Trials. What is clinical research? <http://www.nichd.nih.gov/health/clinicalresearch/>.
- Código Deontológico da Ordem dos Médicos. Regulamento nº 14/2009, da Ordem dos Médicos, DR nº 8, II Série, de 11 de Janeiro de 2009.
- Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine. (Oviedo, 4.IV.1997). <http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Html/164.htm>
- Declaração Universal dos Direitos do Homem. [http://www.fd.uc.pt/hrc/enciclopedia/onu/textos\\_onu/dudh.pdf](http://www.fd.uc.pt/hrc/enciclopedia/onu/textos_onu/dudh.pdf)
- Directiva 2005/28/CE que estabelece princípios e directrizes pormenorizadas de boas práticas clínicas no que respeita aos medicamentos experimentais para uso humano, bem como os requisitos aplicáveis às autorizações de fabrico ou de importação desses produtos. Jornal Oficial da União Europeia. [http://ec.europa.eu/enterprise/pharmaceuticals/eudralex/vol-1/dir\\_2005\\_28/dir\\_2005\\_28\\_pt.pdf](http://ec.europa.eu/enterprise/pharmaceuticals/eudralex/vol-1/dir_2005_28/dir_2005_28_pt.pdf)
- Informação genética pessoal e informação de saúde. Lei 12/2005. DR 1ª Série N.º 18 de 26 de Janeiro de 2005.
- Intranet CHLC. Organização. Regulamento. Capítulo III, Secção II, Subsecção IV, Artigo 27º
- Intranet CHLC. Organização. Regulamento. Capítulo IV, Secção III, Artigo 54º.
- Lei da Protecção de Dados Pessoais. Lei nº 67/1998. DR 1ª Série nº 247 de 26 de Outubro de 1998. <http://www.cnpd.pt>

EDIÇÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
A	Nº 482	2014	4/9

 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL EPE	<b>Procedimento Multissectorial</b>		<b>INV.103</b>
	<b>CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO PARA INVESTIGAÇÃO</b>		

- Lei de Bases da Saúde. Lei 48/99 de 24 de Agosto de 1999 (com as alterações introduzidas pela Lei 27/2002 de 8 de Novembro).
- Manual Internacional da Qualidade CHKS/HAQU, 2006:
- Plano Nacional de Saúde 2004/2010. [http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2\\_323.html](http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2_323.html)
- Política de Investigação no CHLC, EPE. Circular Informativa Nº 677, 2009.
- Regime jurídico aplicável à realização de ensaios clínicos com medicamentos de uso humano. Lei 46/2004, DR 1ª Série n.º 195 de 19 de Agosto de 2004. [http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO\\_FARMACEUTICA\\_COMPILADA/TITULO\\_III/TITULO\\_III\\_CAPITULO\\_I/036-C\\_Lei\\_46\\_2004\\_1.%AAAlt.pdf](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_III/TITULO_III_CAPITULO_I/036-C_Lei_46_2004_1.%AAAlt.pdf)
- Salako SE. The declaration of Helsinki 2000: ethical principles and the dignity of difference. Med Law 2006;25:341-54.
- TRC 104 - Consentimento Informado e Esclarecido para Procedimentos Clínicos. CHLC, EPE, 2010.
- World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. (59th WMA General Assembly, Seoul, October 2008). <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>

## 7. DESCRIÇÃO

### 7.1. Princípios gerais

A investigação em saúde é orientada pelo primado da pessoa, devendo os direitos e a dignidade da pessoa prevalecer sobre os interesses da ciência.

A maioria dos procedimentos envolvidos na investigação em saúde implica riscos para o participante, não só quanto à sua integridade física, mas também quanto à exposição dos seus dados pessoais. Consequentemente, a investigação envolvendo seres humanos deve reger-se por padrões éticos e normas nacionais e internacionais que protejam a vida, a saúde, a dignidade, a integridade, o direito de auto-determinação, a privacidade e a confidencialidade da informação pessoal do participante.

Quando o estudo envolve intervenção, os potenciais riscos não podem de forma alguma ser desproporcionados em relação aos potenciais benefícios.

A participação do indivíduo num estudo deve ser absolutamente voluntária.

Antes do início do estudo, o protocolo de investigação deve ser submetido e aprovado por uma comissão de ética, a qual deve ser independente dos investigadores, financiadores ou patrocinadores. Esta comissão tem competência para monitorizar o estudo, em especial no que respeita aos aspectos éticos e à segurança e integridade dos sujeitos do estudo.

### 7.2. Confidencialidade

Qualquer informação de natureza pessoal (dados pessoais) coligida durante a investigação deve ser considerada confidencial.

EDIÇÃO		CIRCULAR INFORMATIVA		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
A	2011	Nº	482	2014	5/9



 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL EPE	<b>Procedimento Multisectorial</b>	<b>INV.103</b>
	<b>CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO PARA INVESTIGAÇÃO</b>	

O tratamento de dados pessoais só pode ser efectuado se o seu titular tiver dado consentimento e se for respeitada a Lei da Protecção de Dados Pessoais, nomeadamente nos seguintes aspectos:

- A recolha dos dados não deve ser excessiva relativamente à finalidade da recolha.
- Os dados recolhidos para investigação não podem ser tratados posteriormente de forma incongruente em relação a essa finalidade.
- Os dados devem ser conservados de forma a permitir a identificação dos seus titulares apenas durante o período de estudo ou em período posterior necessário para tratamento dos dados. Mediante pedido de consentimento, pode o titular autorizar por período superior ao referido, a conservação dos seus dados para fins históricos, estatísticos ou científicos.
- Não está autorizado o tratamento de dados pessoais referentes a convicções filosóficas ou políticas, filiação partidária ou sindical, fé religiosa, origem racial ou étnica, vida sexual e dados genéticos. Mediante disposição legal, pode ser permitido o tratamento dos dados referidos, se o titular der consentimento expresso para tal, havendo a garantia de não discriminação. O consentimento do titular dos dados não desobriga à notificação do seu registo e tratamento à CNPD.
- O tratamento dos dados referentes à saúde e à vida sexual, incluindo os dados genéticos, é permitido quando for necessário para efeitos de medicina preventiva, de diagnóstico médico, de prestação de cuidados ou tratamentos médicos ou de gestão de serviços de saúde. Nestes casos, o tratamento desses dados deve ser efectuado por profissional de saúde obrigado a sigilo ou por outra pessoa sujeita igualmente a segredo profissional, tal seja notificado à CNPD, nos termos do artigo 27º (da Lei 67/98, de 26/10), e garantidas medidas adequadas de segurança da informação.
- Os investigadores, bem como as pessoas que, no exercício das suas funções, tenham tido conhecimento dos dados pessoais tratados, ficam obrigados a sigilo profissional, inclusive após o termo das suas funções.

### 7.3. Informação


Para que um indivíduo decida participar de livre vontade no estudo, é essencial que receba informação documentada, completa e inteligível. A informação deve abranger: os objectivos do estudo, os procedimentos a que o indivíduo será sujeito, os potenciais riscos, inconvenientes e vantagens da sua participação, medidas previstas para protecção de dados pessoais, medidas previstas para resposta a eventuais efeitos adversos, indicação de eventuais conflitos de interesses e previsível uso futuro dos dados, resultados e materiais obtidos para além do estudo.

A informação para se obter o consentimento de participação deve ser dada sempre nas formas oral e escrita, devendo despende-se o tempo e os meios necessários para garantir a sua completa compreensão. Deve ser usado o modelo do CHLC para apresentação escrita da informação (Anexo 2). Caso não seja possível entregar o impresso de informação escrita antes da intervenção ou da colheita de dados, este deve ser entregue logo que possível.

Na incapacidade de o indivíduo entender ou decidir (incapacidade mental, estado de inconsciência ou confusão), a informação pertinente e necessária deve ser fornecida ao seu representante legal, nunca se excluindo o dever de informar o próprio indivíduo na medida do seu entendimento (linguagem e conteúdo).

EDIÇÃO		CIRCULAR INFORMATIVA		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
A	2011	Nº	482	2014	6/9



 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL EPE	<b>Procedimento Multisectorial</b>		<b>INV.103</b>
	<b>CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO PARA INVESTIGAÇÃO</b>		

Se houver dificuldades de comunicação por falta de domínio da língua, deve recorrer-se a mecanismos de assistência disponíveis, como o serviço de intérpretes do CHLC, ou ao apoio de familiares ou acompanhantes que dominem o português e o idioma em causa.

O indivíduo participante no estudo e/ou na sua incapacidade, o seu representante legal), deve ser informado sobre o direito de poder recusar participar ou poder retirar o consentimento em qualquer momento, sem qualquer tipo de discriminação, represália ou interferência na relação profissional de saúde - doente.

Deve ser fornecida ao participante toda informação obtida durante a investigação, relevante para a sua saúde ou qualidade de vida, presente ou futura. Esta informação deve ser dada num contexto de prestação de cuidados de saúde ou de aconselhamento, devendo respeitar-se o desejo do participante de não ter conhecimento dessa informação. Na situação em que, por processos de anonimização, ou outro, não seja possível prestar tal informação, este facto deve ser claramente explicitado ao participante.

Se o solicitar, o participante tem direito de tomar conhecimento dos resultados da investigação na qual participou.

Só após garantia de que o indivíduo, e/ou seu representante legal, ficou suficientemente esclarecido, o investigador solicitará o consentimento.

#### **7.4. Consentimento**

O consentimento deve ser um acto prévio aos procedimentos inerentes à investigação.

Cabe ao Investigador Coordenador (ou Investigador Principal) a principal responsabilidade por garantir que o consentimento concedido seja eficaz. O Investigador Coordenador é, portanto, o principal responsável por aferir a competência (ou capacidade de decisão) dos indivíduos elegíveis para o estudo, para concederem o consentimento eficaz. Esta responsabilidade pode ser delegada nos restantes investigadores após verificação das suas capacidades para avaliar a competência do participante e de transmitir a informação necessária para obter o consentimento esclarecido, tornando o esclarecimento do participante da responsabilidade partilhada da equipa de investigação.

O consentimento esclarecido deve ser formal e concedido, de preferência, sob a forma escrita (Anexo 1). Se tal não for possível, o consentimento não escrito deve ser documentado da melhor forma e testemunhado (*vide infra*).

Quer o consentimento escrito ou oral, quer a sua recusa, assim como a forma de obtenção, devem ficar devidamente registados e arquivados.

Se o participante estiver em relação de dependência do investigador, o pedido de consentimento informado deve ser solicitado por outro investigador qualificado para o efeito, completamente independente de qualquer relação com o participante.

EDIÇÃO		CIRCULAR INFORMATIVA		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
A	2011	Nº	482	2014	7/9



 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL EPE	<b>Procedimento Multisectorial</b>		<b>INV.103</b>
	<b>CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO PARA INVESTIGAÇÃO</b>		

No caso de indivíduos considerados não competentes para receber a informação ou tomar a decisão, o investigador deve obter o consentimento informado do representante legal.

No caso de se tratar de menor, a sua opinião deve ser considerada em função da sua maturidade, não ficando a equipa de investigadores desobrigada a pedir o consentimento aos seus representantes legais. Assim, o consentimento deve ser solicitado a um dos progenitores, desde que não inibidos do exercício do poder parental. Se inibidos do poder parental, o consentimento deve ser solicitado ao representante legal do menor. Em conformidade com o Art. 122º do Código Civil: “É menor quem não tiver ainda completado dezoito anos de idade”.

Em indivíduos com incapacidade física ou mental para dar consentimento (por exemplo, doentes inconscientes), a investigação deve apenas realizar-se se a condição que impede dar o consentimento constitui uma das características necessárias da população em estudo. Nestes casos, o consentimento informado deve ser solicitado ao seu representante legal. No caso de não ser possível aguardar pelo consentimento, o estudo apenas pode realizar-se se o protocolo de investigação for aprovado por uma comissão de ética.

No caso de o participante não estar capacitado para dar o consentimento e se, anteriormente tiver deixado expressa a vontade em querer participar ou objectar a sua participação, esta vontade deve ser tomada em consideração.

Se não houver coincidência entre o sentido da vontade expressa ou presumida de indivíduo não competente para dar consentimento para participar no estudo e o sentido do consentimento do seu representante legal, particularmente quando a situação de não competência é transitória, o conflito deve ser evitado, considerando o indivíduo como não elegível como participante. Tratando-se de uma situação de incapacidade permanente do indivíduo dar o consentimento eficaz, a vontade expressa pelo indivíduo antes da perda da capacidade poderá ser tomada em consideração, cabendo a decisão ao Investigador Coordenador, que poderá solicitar o parecer da Comissão de Ética ou outra entidade competente.

O consentimento esclarecido formal deve incluir a identificação e assinatura do:


- 1) Participante ou o seu representante legal;
- 2) Investigador que forneceu a informação e esclarecimento e que obteve o consentimento
- 3) O mesmo se passa com o documento de registo da expressão do participante em exercer o seu direito de retirar o consentimento anteriormente concedido (Anexo 3).

### 7.5. Casos particulares

Investigação experimental sobre intervenções terapêuticas, diagnósticas ou preventivas (ensaios clínicos): É necessário pedir consentimento específico, respectivamente para a intervenção e para a recolha, armazenamento e análise de dados. Estes estudos requerem sempre a aprovação do protocolo de investigação por uma comissão de ética e são regulados por legislação própria.

EDIÇÃO		CIRCULAR INFORMATIVA		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
A	2011	Nº	482	2014	8/9



 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL EPE	<b>Procedimento Multisectorial</b>		<b>INV.103</b>
	<b>CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO PARA INVESTIGAÇÃO</b>		

Investigação durante a gravidez ou amamentação: Deve produzir efeitos benéficos para a saúde do feto ou do lactente e da mãe, não envolver riscos ou que estes sejam mínimos e não ser possível realizar em mulheres que não estejam grávidas ou a amamentar.

Investigação utilizando material biológico humano: É necessário pedir consentimento específico para a colecção do material, análise, armazenamento e sua reutilização. A utilização para investigação, de material obtido no decurso de intervenções com outra finalidade, exige para seu armazenamento e reutilização a obtenção de consentimento informado específico. Estes estudos requerem sempre a aprovação do protocolo de investigação por uma comissão de ética e são regulados por legislação própria.

Investigação em situações de emergência: Só deve ser realizada se a investigação de efectividade comparável não puder ser efectuada sem a participação de indivíduos sob situação de emergência. Como não há geralmente tempo para informar e obter o consentimento, estes estudos requerem sempre a aprovação do protocolo de investigação por uma comissão de ética.

Investigação em indivíduos sob guarda prisional: Só deve ser realizada se investigação de efectividade comparável não puder ser efectuada sem a participação de indivíduos privados de liberdade. A investigação não deve envolver riscos e se houver, que sejam mínimos.

Investigação em embriões humanos *in-vitro*: Estando este tipo de investigação enquadrado na lei, deve ser assegurada a protecção do embrião. A criação de embriões humanos especificamente para investigação é proibida. Estes estudos requerem sempre a aprovação do protocolo de investigação por uma comissão de ética e são regulados por legislação própria.

Investigação quando é impossível ou impraticável obter consentimento: Em situações em que a obtenção do consentimento é impossível ou impraticável, ou quando a informação para obtenção do consentimento interfere na validade da investigação, esta apenas poderá realizar-se após aprovação por uma comissão de ética. Podendo ser obtido consentimento não escrito, este deve ser documentado da melhor forma e testemunhado. Logo que seja possível, deve ser obtido o consentimento informado e expresso do participante ou do seu representante legal. Estes estudos requerem sempre a aprovação do protocolo de investigação por uma comissão de ética.

## 8. ANEXOS

### 8.1. Impressos

Anexo 1 – Impresso para obtenção de Consentimento Esclarecido

Anexo 2 – Impresso de Informação para obtenção de Consentimento Esclarecido

Anexo 3 – Impresso para retirada de Consentimento Esclarecido

### 8.2. Outros

EDIÇÃO		CIRCULAR INFORMATIVA		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
A	2011	Nº	482	2014	9/9

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

(se disponível)

**CONSENTIMENTO ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM  
ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE**

A relação investigador-participante é baseada na confiança mútua. O CHLC, EPE dispõe de procedimentos que permitem salvaguardar os direitos de ambos.

O investigador obriga-se a informar o participante ou o seu representante legal sobre a natureza da sua participação no estudo, potenciais vantagens e inconvenientes, podendo o mesmo aceitar ou não participar no estudo.

**Área/Unidade:**

**Título do estudo:** .....

**Procedimentos principais:** .....

*Confirmo que expliquei ao participante, ou ao seu representante legal, de forma adequada e inteligível, os procedimentos, assim como os potenciais riscos e inconvenientes, e que entreguei o folheto de informação complementar.*

Se aplicável, vinheta  
do médico

**Assinatura do investigador:** .....

Nº mec. |\_|\_|\_|\_|\_| Cédula Profissional |\_|\_|\_|\_|\_|

Data: |\_|\_|\_|\_|\_|

**A preencher pelo participante ou pelo seu representante legal**

*Declaro que me foram explicados de forma adequada e inteligível o objectivo e natureza da investigação e o(s) procedimento(s) a(os) que serei sujeito. Foram-me explicados os potenciais riscos e inconvenientes do(s) procedimento(s) proposto(s), que foram por mim compreendidos e aceites, concordando em participar no estudo.*

**Participante:** .....

**Representante Legal\*:** ..... **Qualidade:** .....

**Assinatura:** ..... **Documento:** .....

**Data:** |\_|\_|\_|\_|\_|

\* O representante legal deverá fazer prova dos seus poderes para representar do participante



**INFORMAÇÃO PARA OBTENÇÃO DE  
CONSENTIMENTO ESCLARECIDO PARA  
PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO**

**Título do estudo:** .....

.....  
.....

**Áreas/Unidades:** .....

.....

**Descrição do estudo:**

*(A informação deve abranger: os objectivos do estudo, os procedimentos a que o indivíduo será sujeito, os potenciais riscos, inconvenientes e vantagens da sua participação, medidas previstas para protecção de dados pessoais, medidas previstas para resposta a eventuais efeitos adversos, indicação de eventuais conflitos de interesses e previsível uso futuro dos dados, resultados e materiais obtidos para além do período de estudo.)*

A relação investigador-participante é baseada na confiança mútua. O CHLC, EPE dispõe de procedimentos que permitem salvaguardar os direitos de ambos.

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

(se disponível)

**RETIRADA DO CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO EM  
ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE**

A relação investigador-participante é baseada na confiança mútua. O CHLC, EPE dispõe de procedimentos que permitem salvaguardar os direitos de ambos.

O investigador obriga-se a informar o participante ou o representante legal da sua liberdade de retirar, em qualquer momento, o consentimento para participar no estudo.

**Área/Unidade:**

**Título do estudo:** .....

*Confirmo que expliquei ao participante, ou ao seu representante legal, de forma adequada e inteligível, que a opção de retirar o consentimento de participação neste estudo em nada afecta ou afectará a sua relação com o CHLC, EPE ou os seus profissionais.*

Se aplicável, vinheta  
do médico

Assinatura do investigador: .....

Nº mec. |\_|\_|\_|\_|\_| Cédula Profissional |\_|\_|\_|\_|\_|

Data: |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|

**A preencher pelo participante ou pelo seu representante legal**

*Declaro que me foram explicados de forma adequada e inteligível o objectivo e natureza da investigação e o(s) procedimento(s) inerentes à participação neste estudo. Declaro ainda que, embora tendo concordado previamente em participar no estudo, decido agora deixar de participar nele, tendo-me sido esclarecido que se manterá inalterada a minha condição prévia de utente do CHLC, EPE.*

Participante: .....

Representante Legal\*: ..... Qualidade: .....

Assinatura: ..... Documento: .....

Data: |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|

\* O representante legal deverá fazer prova dos seus poderes para representar do participante.

|\_| O participante ou o seu representante legal declararam verbalmente a retirada do consentimento previamente concedido para participação neste estudo.



## **APÊNDICES**





## **Apêndice 1 – Descrição da amostra**



**Quadro I** – Distribuição da amostra por turmas do pré-escolar e do 1º ciclo.

Turmas	N	%
Bibe vermelho	11	10,7
Bibe azul	16	15,5
1.º Ano	16	15,5
2.º Ano	23	22,3
3.º Ano	17	16,5
4.º Ano	20	19,4
Total	103	100,0

**Quadro II** – Distribuição da amostra por idade, nos diferentes momentos do estudo.

	Média	Mínimo	Máximo	Desvio - padrão
Idade das crianças quando do acontecimento traumático	6,21	3,26	9,81	1,72
Idade das crianças quando do preenchimento do SDQ pelos pais	7,05	4,07	10,65	1,737
Idade das crianças quando do preenchimento do SDQ pelos professores	7,04	4,09	10,64	1,72

**Quadro III - Distribuição das profissões do pai.**

	N	%
Quadro Superiores da Administração Pública, dirigentes e Quadros Superiores de Empresa	12	11,7
Especialidades das profissões intelectuais e científicas	24	23,3
Técnicos e Profissionais de nível intermédio	10	9,7
Pessoal administrativo e similares	4	3,9
Pessoal dos serviços e vendedores	13	12,6
Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pesca	3	2,9
Operários, artífices e trabalhadores similares	21	20,4
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem	5	4,9
Trabalhadores não qualificados	4	3,9
Outros (Desempregado/ Reformado/Desconhece)	7	6,8
Total	103	100,0

**Quadro IV - Distribuição das profissões da mãe.**

	N	%
Quadro Superiores da Administração Pública, dirigentes e Quadros Superiores de Empresa	7	6,8
Especialidades das profissões intelectuais e científicas	24	23,3
Técnicos e Profissionais de nível intermédio	9	8,7
Pessoal administrativo e similares	13	12,6
Pessoal dos serviços e vendedores	20	19,4
Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pesca	3	2,9
Operários, artífices e trabalhadores similares	2	1,9
Trabalhadores não qualificados	5	4,9
Outros (Desempregado/ Doméstica/ Desconhece)	20	19,4
Total	103	100,0

**Quadro V** – Distribuição da amostra pelos escalões de rendimento do agregado familiar.

Escalões	N	%
1	8	7,8
2	24	23,3
3	29	28,2
4	15	14,6
5	11	10,7
6	10	9,7
7	4	3,9
8	2	1,9
Total	103	100,0

**Quadro VI** - Distribuição da amostra por ocorrência de eventos de vida significativos.

		N	%
Pré-tornado	Divórcio	11	10,7
	Nascimento de irmão	6	5,8
Durante o tornado	Habitação destruída	2	1,9
Pós-tornado	Divórcio	1	1,0
	Nascimento de irmão	5	4,9
	Gravidez Atual	2	1,9
	Total	27	26,2
Não refere		76	73,8
Total		103	100,0

**Quadro VII** - Existência de irmãos na escola no momento do tornado.

Irmãos na escola no momento do tornado	N	%
Sim	22	21,4
Não	81	78,6
Total	103	100,0

**Quadro VIII** - Resultados das cinco escalas e pontuação total de dificuldades do SDQ – Versão de Pais com Suplemento de Impacto.

	Normal	Limítrofe	Anormal
Escala de Sintomas Emocionais	61 (59,2%)	17 (16,5%)	25 (24,3%)
Escala de Problemas de Comportamento	68 (66%)	18 (17,5%)	17 (16,5%)
Escala de Hiperatividade	71 (68,9%)	12 (11,7%)	20 (19,4%)
Escala de Problemas de Relacionamento com os colegas	87 (84,5%)	9 (8,7%)	7 (6,8%)
Escala de Comportamento Pró-social	99 (96%)	4 (3,9%)	0 (0%)
Pontuação Total de Dificuldades	71 (68,9%)	20 (19,4%)	12 (11,7%)

**Quadro IX** – Respostas à questão “Em geral, parece-lhe que o seu filho/a tem dificuldades em alguma das seguintes áreas: emoções, concentração, comportamento ou em dar-se com outras pessoas?”. SDQ – Versão de Pais com Suplemento de Impacto.

	N	%
Não	42	40,8
Sim – Dificuldades pequenas	48	46,6
Sim – Dificuldades grandes	12	11,7
Sim – Dificuldades muito grandes	1	1,0
Total	103	100,0

**Quadro X** – Cronicidade das dificuldades avaliadas pelo SDQ – Versão de Pais com Suplemento de Impacto.

	N	%
<1 mês	1	1,8
1-5 meses	3	5,3
6-12 meses	13	22,8
> 12 meses	40	70,2
Total	57	100,0
Não respondeu	4	6,6
Total	61	

**Quadro XI** – Percepção dos pais do sofrimento global do filho. SDQ – Versão de Pais com Suplemento de Impacto.

	N	%
Nada	14	24,1
Pouco	31	53,4
Muito	13	22,4
Muitíssimo	0	0
Total	58	100,0
Não respondeu	3	4,9
Total	61	

**Quadro XII** - Respostas à questão “Essas dificuldades perturbam o dia a dia do seu filho/a em casa?”. SDQ – Versão de Pais com Suplemento de Impacto.

	N	%
Nada	18	33,3
Pouco	29	53,7
Muito	7	13,0
Muitíssimo	0	0
Total	54	100,0
Não respondeu	7	11,5
Total	61	

**Quadro XIII** - Respostas à questão “Essas dificuldades perturbam o dia a dia do seu filho/a com os amigos?”. SDQ – Versão de Pais com Suplemento de Impacto.

	N	%
Nada	22	41,5
Pouco	26	49,1
Muito	5	9,4
Muitíssimo	0	0
Total	53	100,0
Não respondeu	8	13,1
Total	61	



**Quadro XIV** - Respostas à questão “Essas dificuldades perturbam o dia a dia do seu filho/a na aprendizagem na escola?”. SDQ – Versão de Pais com Suplemento de Impacto.

	N	%
Nada	8	14,3
Pouco	30	53,6
Muito	16	28,6
Muitíssimo	2	3,6
Total	56	100,0
Não respondeu	5	8,2
Total	61	

**Quadro XV** - Respostas à questão “Essas dificuldades perturbam o dia a dia do seu filho/a nas brincadeiras/tempos livres?”. SDQ – Versão de Pais com Suplemento de Impacto.

	N	%
Nada	22	40,7
Pouco	27	50,0
Muito	5	9,3
Muitíssimo	0	0
Total	54	100,0
Não respondeu	7	11,5
Total	61	

**Quadro XVI** – Avaliação pelos pais da sobrecarga para pais/família das dificuldades avaliadas pelo SDQ – Versão de Pais com Suplemento de Impacto.

	N	%
Nada	28	47,5
Pouco	21	35,6
Muito	10	16,9
Muitíssimo	0	0
Total	59	100,0
Não respondeu	2	3,3
Total	61	

**Quadro XVII** - Resultados da pontuação de impacto. SDQ – Versão de Pais com Suplemento de Impacto.

	N	%
“Normal”	78	75,7
“Limítrofe”	11	10,7
“Anormal”	14	13,6
Total	103	100,0

**Quadro XVIII** - Resultados das cinco escalas e pontuação total de dificuldades do SDQ – Versão de Professores com Suplemento de Impacto.

	Normal	Limítrofe	Anormal
Escala de Sintomas Emocionais	100 (97,1%)	3 (2,9%)	0 (0%)
Escala de Problemas de Comportamento	97 (94,2%)	5 (4,9%)	1 (1%)
Escala de Hiperatividade	90 (87,4%)	5 (4,9%)	8 (7,8%)
Escala de Problemas de Relacionamento com os colegas	103 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
Escala de Comportamento Pró-social	97 (94,2%)	5 (4,9%)	1 (1%)
Pontuação Total de Dificuldades	97 (94,2%)	4 (3,8%)	2 (1,9%)

**Quadro XIX** - Respostas à questão “Em geral, parece-lhe que este aluno/a tem dificuldades em alguma das seguintes áreas: emoções, concentração, comportamento ou em dar-se com outras pessoas?”. SDQ – Versão de Professores com Suplemento de Impacto.

	N	%
Não	63	61,2
Sim - Dificuldades pequenas	31	30,1
Sim – Dificuldades grandes	8	7,8
Sim – Dificuldades muito grandes	1	1,0
Total	103	100,0

**Quadro XX** - Cronicidade das dificuldades avaliadas pelo SDQ – Versão de Professores com Suplemento de Impacto.

	N	%
Menos 1 mês	0	0
1-5 meses	0	0
6-12 meses	17	42,5
Mais 12 meses	23	57,5
Total	40	100,0

**Quadro XXI** - Percepção dos professores do sofrimento global do aluno. SDQ – Versão de Professores com Suplemento de Impacto.

	N	%
Nada	18	45,0
Pouco	14	35,0
Muito	6	15,0
Muitíssimo	2	5,0
Total	40	100,0

**Quadro XXII** - Respostas à questão “Essas dificuldades perturbam o dia a dia do aluno/a nas relações com os colegas?”. SDQ – Versão de Professores com Suplemento de Impacto.

	N	%
Nada	31	77,5
Pouco	7	17,5
Muito	2	5,0
Muitíssimo	0	0
Total	40	100,0

**Quadro XXIII** - Respostas à questão “Essas dificuldades perturbam o dia a dia do aluno/a na aprendizagem na escola?”. SDQ – Versão de Professores com Suplemento de Impacto.

	N	%
Nada	9	22,5
Pouco	21	52,5
Muito	7	17,5
Muitíssimo	3	7,5
Total	40	100,0

**Quadro XXIV** - Avaliação pelos professores da sobrecarga para professores/classe/turma das dificuldades avaliadas pelo SDQ – Versão de Professores com Suplemento de Impacto.

	N	%
Nada	20	50,0
Pouco	11	27,5
Muito	8	20,0
Muitíssimo	1	2,5
Total	40	100,0

**Quadro XXV** - Resultados da pontuação de impacto. SDQ – Versão de Professores com Suplemento de Impacto.

	N	%
“Normal”	87	84,5
“Limítrofe”	10	9,7
“Anormal”	6	5,8
Total	103	100,0

**Quadro XXVI** – Diagnóstico de Perturbação Emocional, previsto pelo algoritmo do SDQ. As categorias “possível” e “provável” são consideradas como casos.

	N	%
“Improvável”	91	88,3
“Possível”	8	7,8
“Provável”	4	3,9
Total	103	100,0

**Quadro XXVII** - Diagnóstico de Perturbação da Conduta, previsto pelo algoritmo do SDQ. As categorias “possível” e “provável” são consideradas como casos.

	N	%
“Improvável”	83	80,6
“Possível”	18	17,5
“Provável”	2	1,9
Total	103	100,0

**Quadro XXVIII** – Diagnóstico de Perturbação de Hiperatividade, previsto pelo algoritmo do SDQ. As categorias “possível” e “provável” são consideradas como casos.

	N	%
“Improvável”	91	88,3
“Possível”	11	10,7
“Provável”	1	1,0
Total	103	100,0

**Quadro XXIX** - Diagnóstico de Perturbação Psiquiátrica, previsto pelo algoritmo do SDQ.  
As categorias “possível” e “provável” são consideradas como casos.

	N	%
“Improvável”	69	67,0
“Possível”	27	26,2
“Provável”	7	6,8
Total	103	100,0





## **Apêndice 2 – Análise Univariável**



**Quadro XXXII – Distribuição dos resultados do SDQ, por profissão do pai.**

	Perturbação Emocional	Perturbação da Conduta	Perturbação de Hiperatividade	Perturbação Psiquiátrica	Total de crianças em risco de perturbação
Quadro Superiores da Administração Pública, dirigentes e Quadros Superiores de Empresa	1/12 (8,3%)	2/12 (16,7%)	1/12 (8,3%)	3/12 (25%)	4/12 (33,3%)
Especialidades das Profissões intelectuais e científicas	0/24 (0%)	5/24 (20,8%)	2/24 (8,3%)	7/24 (29,2%)	10/24 (41,7%)
Técnicos e Profissionais de nível intermédio	0/10 (0%)	1/10 (10%)	1/10 (10%)	2/10 (20%)	3/10 (30%)
Pessoal administrativo e Similares	1/4 (25%)	1/4 (25%)	1/4 (25%)	2/4 (50%)	2/4 (50%)
Pessoal dos serviços e vendedores	4/13 (30,8%)	2/13 (15,4%)	0/13 (0%)	5/13 (38,5%)	6/13 (46,2%)
Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pesca	0/3 (0%)	1/3 (33,3%)	1/3 (33,3%)	1/3 (33,3%)	1/3 (33,3%)
Operários, artífices e trabalhadores similares	4/21 (19%)	6/21 (28,6%)	5/21 (23,8%)	10/21 (47,6%)	12/21 (57,1%)
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem	1/5 (20%)	0/5 (0%)	0/5 (0%)	1/5 (20%)	2/5 (40%)
Trabalhadores não qualificados	0/4 (0%)	2/4 (50%)	1/4 (25%)	2/4 (50%)	2/4 (50%)
Outros (Desempregado/ Reformado/ Desconhece)	1/7 (14,3%)	0/7 (0%)	0/7 (0%)	1/7 (14,3%)	1/7 (14,3%)
Total	12/103 (11,7%)	20/103 (19,4%)	12/103 (11,7%)	34/103 (33%)	43/103 (41,7%)

**Quadro XXXIII – Distribuição dos resultados do SDQ, por profissão da mãe.**

	Perturbação Emocional	Perturbação da Conduta	Perturbação de Hiperatividade	Perturbação Psiquiátrica	Total de crianças em risco de perturbação
Quadro Superiores da Administração Pública, dirigentes e Quadros Superiores de Empresa	1/7 (14,3%)	2/7 (28,6%)	1/7 (14,3%)	4/7 (57,1%)	5/7 (71,4%)
Especialidades das Profissões intelectuais e científicas	2/24 (8,3%)	5/24 (20,8%)	1/24 (4,2%)	8/24 (33,3%)	9/24 (37,5%)
Técnicos e Profissionais de nível intermédio	1/9 (11,1%)	0/9 (0%)	2/9 (22,2%)	2/9 (22,2%)	3/9 (33,3%)
Pessoal administrativo e Similares	5/13 (38,5%)	3/13 (23,1%)	2/13 (15,4%)	7/13 (53,8%)	8/13 (61,5%)
Pessoal dos serviços e vendedores	1/20 (5%)	6/20 (30%)	2/20 (10%)	6/20 (30%)	6/20 (30%)
Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pesca	1/3 (33,3%)	1/3 (33,3%)	2/3 (66,7%)	2/3 (66,7%)	2/3 (66,7%)
Operários, artífices e trabalhadores similares	0/2 (0%)	0/2 (0%)	0/2 (0%)	0/2 (0%)	0/2 (0%)
Trabalhadores não qualificados	0/5 (0%)	0/5 (0%)	0/5 (0%)	0/5 (0%)	1/5 (20%)
Outros (Desempregado/ Doméstica/ Desconhece)	1/20 (5%)	3/20 (15%)	2/20 (10%)	5/20 (25%)	9/20 (45%)
Total	12/103 (11,7%)	20/103 (19,4%)	12/103 (11,7%)	34/103 (33%)	43/103 (41,7%)

**Quadro XXXIV** – Distribuição dos resultados do SDQ, por tipo de família.

	Perturbação Emocional	Perturbação da Conduta	Perturbação de Hiperatividade	Perturbação Psiquiátrica	Total de crianças em risco de perturbação
Habita com ambos os pais	6/65 (9,2%)	11/65 (16,9%)	6/65 (9,2%)	20/65 (30,8%)	28/65 (43,1%)
Habita com pai ou mãe	5/36 (13,9%)	8/36 (22,2%)	6/36 (16,7%)	12/36 (33,3%)	13/36 (36,1%)
Total	11/101 (10,9%)	19/101 (18,8%)	12/101 (11,9%)	32/101 (31,7%)	41/101 (40,6%)

**Quadro XXXV** – Distribuição dos resultados do SDQ, por ocorrência eventos de vida significativos.

		Perturbação Emocional	Perturbação da Conduta	Perturbação de Hiperatividade	Perturbação Psiquiátrica	Total de crianças em risco de perturbação
Eventos de Vida Significativos	Pré-Tornado	2/17 (11,8%)	2/17 (11,8%)	3/17 (17,6%)	5/17 (29,4%)	6/17 (35,3%)
	Durante o Tornado	0/2 (0%)	0/2 (0%)	0/2 (0%)	0/2 (0%)	1/2 (50%)
	Pós-Tornado	1/8 (12,5%)	2/8 (25%)	1/8 (12,5%)	3/8 (37,5%)	3/8 (37,5%)
Sem Eventos de Vida Significativos		9/76 (11,8%)	16/76 (21,1%)	8/76 (10,5%)	26/76 (34,2%)	33/76 (43,4%)
Total		12/103 (11,7%)	20/103 (19,4%)	12/103 (11,7%)	34/103 (33,0%)	43/103 (41,7%)

**Quadro XXXVI** – Distribuição dos resultados do SDQ, por existência de irmãos no interior da escola no momento do tornado.

	Perturbação Emocional	Perturbação da Conduta	Perturbação de Hiperatividade	Perturbação Psiquiátrica	Total de crianças em risco de perturbação
Sim	2/22 (9,1%)	7/22 (31,8%)	2/22 (9,1%)	10/22 (45,5%)	12/22 (54,5%)
Não	10/81 (12,3%)	13/81 (16,0%)	10/81 (12,3%)	24/81 (29,6%)	31/81 (38,3%)
Total	12/103 (11,7%)	20/103 (19,4%)	12/103 (11,7%)	34/103 (33,0%)	43/103 (41,7%)

**Quadro XXXVII** – Distribuição dos resultados do SDQ, por escalões de rendimento do agregado familiar.

		Perturbação Emocional	Perturbação da Conduta	Perturbação de Hiperatividade	Perturbação Psiquiátrica	Total de crianças em risco de perturbação
Escalões	1	1/8 (12,5%)	4/8 (50%)	3/8 (37,5%)	5/8 (62,5%)	6/8 (75%)
	2	4/24 (16,7%)	1/24 (4,2%)	4/24 (16,7%)	6/24 (25%)	8/24 (33,3%)
	3	3/29 (10,3%)	7/29 (24,1%)	1/29 (3,4%)	9/29 (31%)	13/29 (44,8%)
	4	2/15 (13,3%)	2/15 (13,3%)	2/15 (13,3%)	4/15 (26,7%)	5/15 (33,3%)
	5	1/11 (9,1%)	3/11 (27,3%)	1/11 (9,1%)	5/11 (45,5%)	5/11 (45,5%)
	6	0/10 (0%)	2/10 (20%)	0/10 (0%)	2/10 (20%)	3/10 (30%)
	7	1/4 (25%)	0/4 (0%)	1/4 (25%)	2/4 (50%)	2/4 (50%)
	8	0/2 (0%)	1/2 (50%)	0/2 (0%)	1/2 (50%)	1/2 (50%)
Total		12/103 (11,7%)	20/103 (19,4%)	12/103 (11,7%)	34/103 (33%)	43/103 (41,7%)

**Quadro XLVII** – Distribuição dos resultados do SDQ, pelo grau de sofrimento global (conforme avaliado pelos professores).

		Perturbação Emocional	Perturbação da Conduta	Perturbação de Hiperatividade	Perturbação Psiquiátrica	Total de crianças em risco de perturbação
Sofrimento (Av. Professores)	Nada	2/18 (11,1%)	7/18 (38,9%)	6/18 (33,3%)	11/18 (61,1%)	12/18 (66,7%)
	Pouco	4/14 (28,6%)	2/14 (14,3%)	1/14 (7,1%)	5/14 (35,7%)	5/14 (35,7%)
	Muito	2/6 (33,3%)	0/6 (0%)	0/6 (0%)	2/6 (33,3%)	4/6 (66,7%)
	Muitíssimo	0/2 (0%)	0/2 (0%)	1/2 (50%)	1/2 (50%)	1/2 (50%)
Total		8/40 (20%)	9/40 (22,5%)	8/40 (20%)	19/40 (47,5%)	22/40 (55%)

**Quadro XLVIII** – Distribuição dos resultados do SDQ, pela interferência das dificuldades no dia a dia da criança, na relação com os colegas (conforme avaliado pelos professores).

		Perturbação Emocional	Perturbação da Conduta	Perturbação de Hiperatividade	Perturbação Psiquiátrica	Total de crianças em risco de perturbação
Dificuldades perturbam o dia a dia na relação com colegas (Av. Professores)	Nada	5/31 (16,1%)	6/31 (19,4%)	5/31 (16,1%)	13/31 (41,9%)	16/31 (51,6%)
	Pouco	2/7 (28,6%)	2/7 (28,6%)	2/7 (28,6%)	4/7 (57,1%)	4/7 (57,1%)
	Muito	1/2 (50%)	1/2 (50%)	1/2 (50%)	2/2 (100%)	2/2 (100%)
Total		8/40 (20%)	9/40 (22,5%)	8/40 (20%)	19/40 (47,5%)	22/40 (55%)

**Quadro XLIX** – Distribuição dos resultados do SDQ, pela interferência das dificuldades no dia a dia da criança, na aprendizagem na escola (conforme avaliado pelos professores).

		Perturbação Emocional	Perturbação da Conduta	Perturbação de Hiperatividade	Perturbação Psiquiátrica	Total de crianças em risco de perturbação
Dificuldades perturbam o dia a dia na aprendizagem na escola (Av. Professores)	Nada	1/9 (11,1%)	1/9 (11,1%)	1/9 (11,1%)	2/9 (22,2%)	4/9 (44,4%)
	Pouco	3/21 (14,3%)	7/21 (33,3%)	4/21 (19%)	11/21 (52,4%)	12/21 (57,1%)
	Muito	2/7 (28,6%)	1/7 (14,3%)	2/7 (28,6%)	4/7 (57,1%)	4/7 (57,1%)
	Muitíssimo	2/3 (66,7%)	0/3 (0%)	1/3 (33,3%)	2/3 (66,7%)	2/3 (66,7%)
Total		8/40 (20%)	9/40 (22,5%)	8/40 (20%)	19/40 (47,5%)	22/40 (55%)



**Apêndice 3 – Análise da adesão ao estudo e descrição das crianças  
para as quais não se obteve consentimento para participação**



**Quadro LII – Adesão ao estudo, por gênero.**

	Participou	Não Participou
Feminino	56/56 (100,0%)	0/56 (0%)
Masculino	47/54 (87,0%)	7/54 (13,0%)
Total	103/110 (93,6%)	7/110 (6,4%)

**Quadro LIII – Distribuição das crianças para as quais não se obteve consentimento para participação, por idade.**

	Média	Mínimo	Máximo	Desvio - padrão
Idade das crianças quando do acontecimento traumático	5,95	3,02	8,18	1,84

**Quadro LIV - Distribuição das crianças para as quais não se obteve consentimento para participação, por turmas do pré-escolar e do 1º ciclo.**

Turmas	N	%
Bibe vermelho	2	28,6
Bibe azul	1	14,3
1.º Ano	0	0
2.º Ano	2	28,6
3.º Ano	1	14,3
4.º Ano	1	14,3
Total	7	100,0

**Quadro LV – Adesão ao estudo, por turmas do pré-escolar e do 1º ciclo.**

	Participou	Não Participou
Bibe Vermelho	11/13 (84,6%)	2/13 (15,4%)
Bibe Azul	16/17 (94,1%)	1/17 (5,9%)
1.º Ano	16/16 (100,0%)	0/16 (0%)
2.º Ano	23/25 (92,0%)	2/25 (8,0%)
3.º Ano	17/18 (94,4%)	1/18 (5,6%)
4.º Ano	20/21 (95,2%)	1/21 (4,8%)
Total	103/110 (93,6%)	7/110 (6,4%)

**Quadro LVI - Distribuição das crianças para as quais não se obteve consentimento para participação, por profissão do pai.**

	N	%
Quadro Superiores da Administração Pública, dirigentes e Quadros Superiores de Empresa	0	0
Especialidades das profissões intelectuais e científicas	1	14,3
Técnicos e Profissionais de nível intermédio	0	0
Pessoal administrativo e similares	1	14,3
Pessoal dos serviços e vendedores	1	14,3
Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pesca	0	0
Operários, artífices e trabalhadores similares	2	28,6
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem	0	0
Trabalhadores não qualificados	0	0
Outros (Desempregado/ Reformado/Desconhece)	2	28,6
Total	7	100,0

**Quadro LVII** - Distribuição das crianças para as quais não se obteve consentimento para participação, por profissão da mãe.

	N	%
Quadro Superiores da Administração Pública, dirigentes e Quadros Superiores de Empresa	0	0
Especialidades das profissões intelectuais e científicas	3	42,9
Técnicos e Profissionais de nível intermédio	0	0
Pessoal administrativo e similares	1	14,3
Pessoal dos serviços e vendedores	1	14,3
Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pesca	0	0
Operários, artífices e trabalhadores similares	0	0
Trabalhadores não qualificados	0	0
Outros (Desempregado/ Doméstica/ Desconhece)	2	28,6
Total	103	100,0